



ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

**ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვა ხანდაზმულებისთვის
საქართველოში - არსებული სერვისები და ძირითადი საჭიროებები**

ნანა სუმბაძე
ანასტასია ქიტიაშვილი
თამარ აბაშიძე
ირინა ფვანია
თამარ მახარაძე

კვლევაში შეტანილი მნიშვნელოვანი წვლილისთვის მადლობას ვუხდით:

უჩა ვახანიას
მადონა ხარეზავას
ივეტა წითაშვილს
სალომე ჭიჭინაძეს
ხატია ჭანიშვილს



ანგარიში მომზადებული და გამოცემულია ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტში არსებული შშმ პირთა საკითხების კვლევის ცენტრის მიერ, „კონსულტაციისა და ტრენინგის ცენტრის“ დაფინანსებით, Bread for the World-ის მიერ მხარდაჭერილი პროგრამის „ჯანმრთელობის, ზრუნვის და სოციალური უფლებებისთვის“ ფარგლებში. დოკუმენტის შინაარსზე სრულად პასუხისმგებელია ავტორთა ჯგუფი და ტექსტში გადმოცემული მოსაზრებები არ შეიძლება ჩაითვალოს „კონსულტაციისა და ტრენინგის ცენტრის“ და Bread for the World-ის პოზიციის გამომხატველად.

This publication was prepared and published by Ivane Javakhishvili Tbilisi State University, Disability Research Center with support of Center for Training and Consultancy (CTC) within the frame of the program “For Health, Care and Social Rights” supported by the Bread for the World. Its contents are those of the authors and do not necessarily reflect the views of CTC and Bread for the World.

ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვა ხანდაზმულებისთვის

საქართველოში – არსებული სერვისები და ძირითადი საჭიროებები

სარჩევი

შეჯამება	7
Executive Summary	9
1. ხანდაზმულობის პრობლემა საქართველოს კონტექსტში	13
2. საქართველოში არსებული მდგომარეობა	15
2.1. ხანდაზმულების სოციალური მდგომარეობა	15
2.2. ხანდაზმულების ეკონომიკური საქმიანობა და საარსებო წყაროები	16
2.3. ხანდაზმულთა ჯანმრთელობის მდგომარეობა	16
2.4. ხანდაზმულთათვის არსებული სერვისები	16
3. ხანდაზმულობასთან დაკავშირებული საქართველოს კვლევები	18
3.1. ჯანმრთელობა	18
3.2. ეკონომიკური მდგომარეობა	19
3.3. სოციალური ურთიერთობები და პიროვნული თვისებები	19
4. კვლევის მიზანი	20
4.1. კვლევის მეთოდოლოგია და რესპონდენტები	20
<i>კვლევის შეზღუდვა</i>	21
5. კვლევის შედეგები – ხანდაზმულთა მდგომარეობა და პრობლემები	22
5.1. დემოგრაფიული მახასიათებლები	22
5.2. ცხოვრების ხარისხი და დამოუკიდებელი ცხოვრება	22
5.3. ეკონომიკური კეთილდღეობა და ეკონომიკური აქტიურობა	24
5.4. სოციალური ინტეგრაცია	25
5.5. სერვისებით სარგებლობა	26
6. კვლევის თვისებრივი ნაწილის შედეგები	28
6.1. ხანდაზმულთა საჭიროებები	28
6.2. ხანდაზმულობის შეფასება	29
6.3. ხანდაზმულთა ჩართულობა საზოგადოებრივ ცხოვრებაში	30
6.4. მდგომარეობის გაუმჯობესების გზები	30
7. ხანდაზმულებზე მიმართული ეროვნული და მუნიციპალური პროგრამები	32
8. დასკვნები და რეკომენდაციები	36
მიმართულებები შემდგომი კვლევისთვის	39
9. მუნიციპალიტეტებში არსებული საუკეთესო პრაქტიკები	40
გამოყენებული ლიტერატურა	42
დანართი №1	44
კითხვარი ინტერვიუსთვის	44
I. ინტერვიუს დეტალები	44
II. ზოგადი ინფორმაცია რესპონდენტის შესახებ	44

III. ინფორმაცია რესპონდენტის ძირითადი შეზღუდვის შესახებ	45
IV. ინფორმაცია რესპონდენტის ფუნქციონალური მდგომარეობის შესახებ	46
V. ინფორმაცია რესპონდენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ	46
VI. ინფორმაცია რესპონდენტის ჩართულობაზე სახელმწიფო, ადგილობრივი მთავრობის ან სხვა ორგანიზაციების მიერ დაფინანსებულ პროგრამაში/ მომსახურებაში ბოლო 2 წლის განმავლობაში	46
VII. ეკონომიკური მდგომარეობა	48
VIII. სოციალური ინკლუზია	49
IX. ჯანმრთელი ცხოვრების წესი და ზოგადი კეთილდღეობა	50
X. დეპრესიის სკალა	51
ღია კითხვები	51
დანართი №2	52
კითხვარი მუნიციპალიტეტებისთვის	52
პროგრამები და მომსახურებები ხანდაზმულებისთვის	52

შეჯამება

კვლევა განხორციელდა ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტში არსებული შპმ პირთა საკითხების კვლევის ცენტრის მიერ, კონსულტაციისა და ტრენინგის ცენტრის (CTC) ფინანსური მხარდაჭერით. კვლევის განხორციელებაში მონაწილეობდნენ პროექტის პარტნიორი ორგანიზაციები: ახალგაზრდა პედაგოგთა კავშირი და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალთა და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვთა დედათა ასოციაცია „დეა“. კვლევის ძირითადი მიზანი იყო ხანდაზმულთა საჭიროებებისა და მათთვის ხელმისაწვდომი სახელმწიფო მომსახურებების ანალიზი. 2019 წლის ივლისი-აგვისტოს პერიოდში ხანდაზმულებთან პირისპირ ინტერვიუები ჩატარდა ოზურგეთში, ლანჩხუთში, ზუგდიდსა და თბილისში. კვლევაში სულ მონაწილეობდა 120 რესპონდენტი (73 ქალი და 47 კაცი). ქვეყანის ყველა მუნიციპალიტეტში ელექტრონული ფოსტით გაიგზავნა კითხვარი, რომელიც სწავლობდა ხანდაზმულებისთვის ადგილობრივი მთავრობების დაფინანსებით ან თანადაფინანსებით არსებულ მომსახურებებს.

კვლევამ აჩვენა, რომ ხანდაზმულების უმრავლესობა ეკონომიკურ სირთულეებს განიცდის – მათი ძირითადი შემოსავალი არის პენსია და სხვა სახელმწიფოს მიერ გაცემული დახმარება (56.7), ოჯახების, ნათესავებისა და მეგობრების მიერ გაწეული ფინანსური დახმარება (26.9%); მხოლოდ მცირე ნაწილს (16.4) აქვს შემოსავალი სასოფლო-სამეურნეო ან სხვა სახის საქმიანობიდან. რესპონდენტთა უმრავლესობას მიაჩნია რომ მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობა არის ცუდი და ძალიან ცუდი (67.6%). უმრავლესობას აქვს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული მრავალმხრივი პრობლემები, მათ შორის გადაადგილებასთან, მხედველობასთან, სმენასთან და ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები. ყველაზე მეტად რესპონდენტებს უჭირთ კიბეზე ასვლა (60), შხაპის მიღება (51) და სიარული (33). გამოკითხული რესპონდენტების ნახევარი, საკუთარ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით ძირითად პასუხისმგებლობას აკისრებს ოჯახს, ნახევარი კი – სახელმწიფოსა და საკუთარ თავს. რესპონდენტების მესამედი ცხოვრობს მარტო ან მეუღლესთან ერთად.

კვლევის მონაწილეთა უმრავლესობას სოციალური კონტაქტები ძირითადად აქვთ ოჯახის წევრებთან, ნათესავებთან და მეზობლებთან. საოჯახო საქმეებში საჭირო დახმარების, ჯანმრთელობის პრობლემებისა და ემოციების გაზიარების შემთხვევაში, რესპონდენტები პირველ რიგში მიმართავენ ოჯახის წევრებს, შემდეგ მეზობლებს, ნათესავებს და ბოლოს, მეგობრებს. რესპონდენტების ნაწილმა (56) არ დაასახელა არავინ, ვისაც შეიძლება დასახმარებლად მიმართოს.

რესპონდენტების მხოლოდ მცირე ნაწილი (30) იყენებს მათთვის ხელმისაწვდომ მომსახურებებს. კვლევის მონაწილეებს აქვთ ისეთი მომსახურებების მიღების გამოცდილება, როგორცაა ადგილობრივი მთავრობისგან მიღებული ერთჯერადი ფინანსური დახმარება (30), ფინანსური დახმარება მედიკამენტების შესაძენად (9) და საყოფაცხოვრებო პრობლემების მოსაგვარებლად მიღებული მხარდაჭერა (6). ამ მომსახურებების შესახებ მათ შეიტყვეს ოჯახის წევრებისგან, მეგობრებისა და ნათესავებისგან. რესპონდენტების მხოლოდ ძალიან მცირე რაოდენობამ (8) გაიგო არსებული მომსახურებების შესახებ ოფიციალური წყაროებისგან. მიღებული მომსახურებები შეფასებულია მეტწილად დამაკმაყოფილებლად. რესპონდენტების ნახევარი კმაყოფილი არ არის საკუთარი ცხოვრებით და მომავალს პესიმისტურად უყურებს. დიდია მათი რაოდენობა (31.7%), ვისაც აღენიშნება დეპრესია; დეპრესიის მაჩვენებელი განსაკუთრებით მაღალია მხედველობის პრობლემების მქონე რესპონდენტებთან.

კითხვარის ღია კითხვები ეხებოდა რესპონდენტთა საჭიროებებს. რესპონდენტთა მიერ პირველ რიგში დასახელებული იყო ეკონომიკური ხასიათის საჭიროებები – პენსიის გაზრდა (53), შემდეგ საჭირო მედიკამენტებისადმი ხელმისაწვდომობა (38), მეტი სოციალური ურთიერთობის შესაძლებლობა (13) და შინმოვლის მომსახურებისადმი ხელმისაწვდომობა (9).

რესპონდენტების ნახევარზე მეტი უარყოფითად აფასებს სიბერეს. მხოლოდ მცირე ნაწილი (8), თვლის რომ სიბერეს აქვს როგორც უარყოფითი, ისე დადებითი მხარე. ასევე, მხოლოდ რამდენიმე (9) განიხილავს სიბერეს პოზიტიურად. ხანდაზმულთა მდგომარეობის გაუმჯობესების გზად უმრავლესობა (43) განიხილავს მათი ეკონომიკური მდგომარეობის გაუმჯობესებას; ასევე დასახელებულია სახელმწიფოს მხრიდან ზრუნვის გაძლიერება (13), მედიკამენტებისადმი ხელმისაწვდომობის გაზრდა (5) და ხანდაზმულთა კლუბების ჩამოყალიბება.

მუნიციპალიტეტებთან ელექტრონულად გაგზავნილი კითხვარები შევსებული მხოლოდ 37 მუნიციპალიტეტმა დააბრუნა. ხანდაზმულთა თემატიკა ნაკლებად არის ასახული მუნიციპალიტეტების

პროგრამებში – ნაკლებად გვხვდება ხანდაზმულთა მიზნობრივი პროგრამები. ძირითად პრობლემად მუნიციპალიტეტები ასახელებენ ფინანსური რესურსების ნაკლებობას. ადგილობრივი მთავრობები ძირითადად იყენებენ ერთჯერად ფულად დახმარებას სხვადასხვა მონყვალდი ჯგუფებისთვის, მათ შორის ხანდაზმულებისთვის. ასევე, გავრცელებულია სხვადასხვა მონყვალდი ჯგუფებისთვის სამედიცინო მომსახურებისა და კომუნალური ხარჯების თანადაფინანსება. ზოგიერთ მუნიციპალიტეტს აქვს დღის ცენტრების თანადაფინანსების გამოცდილება. რამდენიმე მუნიციპალიტეტში ხანდაზმულებისთვის არსებობს არასტანდარტული და საინტერესო მომსახურება, როგორცაა შინ მოვლა, ცხელი სადილით შინ უზურნველყოფა, მარტოხელა მოხუცების ჰიგიენური პრობლემების მოგვარება და ხანდაზმულთა კლუბები.

სახელმწიფო დოკუმენტების, ადგილობრივი კვლევებისა და სახალხო დამცველის ყოველწლიური ანგარიშების რელევანტურმა ანალიზმა აჩვენა, რომ ხანდაზმულთა თემატიკა ასახულია მთელ რიგ სახელმწიფო დოკუმენტებში, რომლებიც საერთაშორისო სტანდარტებსა და მიდგომებს ეყრდნობა. თუმცა, მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს ის, რომ ამ დოკუმენტში აღნიშნული აქტივობები თითქმის არ განხორციელებულა. უმრავლეს შემთხვევაში, ხანდაზმულები საქართველოში განიცდიან ეკონომიკურ დეპრივაციას; მათი სამედიცინო და სოციალური საჭიროებები დაუკმაყოფილებელი რჩება.

ზემოაღნიშულიდან გამომდინარე, საქართველოში ხანდაზმულთა მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად მიზანშეწონილია შემდეგი ნაბიჯების გადადგმა:

- ხანდაზმულთა კეთილდღეობის გაუმჯობესებისკენ მიმართულ სახელმწიფო დოკუმენტებში მითითებული აქტივობების განხორციელების უზურნველყოფა – შესრულების მონიტორინგის ეფექტური მექანიზმების შემუშავება და მულტისექტორული თანამშრომლობის გაუმჯობესება. მნიშვნელოვანია ხანდაზმულებთან დაკავშირებული სახელმწიფო პოლიტიკის სამი მიმართულებით წარმართვა: ეკონომიკური კეთილდღეობა, ჯანმრთელობის დაცვა და სოციალური ინტეგრაცია. ასევე, სახელმწიფო პროგრამები განსხვავებულად უნდა პასუხობდეს იმ ხანდაზმულთა საჭიროებებს, რომლებიც ცხოვრობენ მარტო და/ან ოჯახთან ერთად. პროგრამები ასევე უნდა ითვალისწინებდეს გენდერულ თავისებურებებს.
- ცენტრალური და ადგილობრივი მთავრობების პროგრამებში, ხანდაზმულთა ჯანმრთელობის დაცვის თემასთან ერთად, მათი სოციალური და ეკონომიკური კეთილდღეობის მნიშვნელობის გაზრდა;
- ხელმისაწვდომი მომსახურებების შესახებ ხანდაზმულთა უფრო ეფექტური ინფორმირება – ინფორმირების იმ გზების გამოყენება, რომლებიც ხანდაზმულებისთვის უფრო მისაღებია;
- ქრონიკული დაავადებების შემთხვევაში კრიტიკულად მნიშვნელოვანი მედიკამენტების განსაზღვრა და მათი ხელმისაწვდომობის უზურნველყოფა ხანდაზმულებისთვის;
- ხანდაზმულებთან მუშაობის პროცესში მოხალისეების მუშაობის დანერგვა;
- ხანდაზმულთათვის კომფორტული გარემოს შექმნა – თავისუფალი გადაადგილების უზურნველყოფა არა მხოლოდ გადაადგილების შეზღუდვის მქონე პირებისთვის, არამედ სენსორული პრობლემების მქონე პირებისთვისაც.
- ხანდაზმულთა კლუბების განვითარების ხელშეწყობა და ხანდაზმულების კულტურული და სოციალური აქტივობების ნახალისება.
- ხანდაზმულთა შესახებ ინფორმირების ამაღლება სამედიცინო პერსონალსა და საჯარო მოხელეებში – ამ მიზნით, გერონტოლოგიის საგნების მეტი ინტეგრირება საუნივერსიტეტო სასწავლო პროგრამებში.
- ქვეყანაში საპენსიო ასაკის განსაზღვრის არსებული სისტემის კვლევა და ამ საკითხთან დაკავშირებით, ფართო დისკუსიის წარმართვის ხელშეწყობა.
- ხანდაზმულებთან დაკავშირებული სტერეოტიპებისა და სტიგმის შესამცირებლად საზოგადოებრივი ცნობიერების ამაღლება.

Executive Summary

The study was undertaken by the Disability Research Center of Ivane Javakhishvili Tbilisi State University, with the financial support of the Consultation and Training Center (CTC). The study aims to identify the needs and existing services available to the senior citizen population of Georgia. In order to collect qualitative data, face-to-face interviews were carried out in Ozurgeti, Lanchkuti, Zugdidi and Tbilisi in June through August 2019. In total, 120 persons (73 women and 47 men) were interviewed. Additionally, a questionnaire on existing services was distributed among all municipalities.

An analysis of the results revealed a spectrum of difficult economic conditions faced by senior citizens whose main source of subsistence is a pension or other type of state assistance. Among respondents, 26.9% rely primarily on the financial assistance of family, relatives and friends. Only 16.4% have ongoing income from agriculture, work or business. The majority (67.6%) of respondents evaluate their health condition as either bad or very bad. Most have multiple health problems, including difficulties with ambulation and muscle control, eyesight and hearing impairments, and/or problems with proper mental functioning. The daily functions that elderly cannot perform independently most often include climbing stairs (60), bathing (51) and walking (33). About half of those surveyed place the responsibility for the upkeep of their health with their family, while the other half distribute this responsibility equally between the state and themselves. One third of the elderly live alone or with a spouse.

Positive and rich social relations are one of the main indicators of well-being. The majority of respondents manage to maintain relationships, mostly with family, kin and neighbors. In case a senior citizen needs assistance with household tasks, health problems, shopping and emotional well-being, most Georgian seniors, in all instances, rely on family members (299 cases). A smaller number rely on neighbors (21), kin (16) and friends (12). In 56 cases, respondents did not name anyone; in 10 cases they named a helper, and in eight, an emergency contact.

A small percentage of respondents (30) have used existing public aid services. They drew upon resources offering one-time financial assistance (10), assistance for the purchase of medications (9) and homecare (6). They learned about the possibility of obtaining such services from others – family, friends and kin, and only a small number (8) from official sources. These services were estimated by recipients as more or less satisfactory.

Half of the respondents were not satisfied with their own lives, and were generally pessimistic. A high percentage of those surveyed (31.7%) identify themselves as depressed. Depression is especially prevalent among those with visual impairments.

In response to open-ended survey questions, respondents identified their main needs. Their first concern is an improvement of economic conditions and the need to increase pensions (53), while also citing a need for better access to medications (38), more interpersonal relationships (14), additional care and respect from the state (13), and accessibility of homecare services (9).

About half of the respondents negatively evaluate old age. Some (8) think that it has both positive and negative sides, and only nine of them consider it positive. To ameliorate the situation of Georgian seniors, respondents suggest firstly, an improvement of economic conditions (43), secondly, more care on the part of the state (13), along with better access to medications (5), and the creation of social centers for the elderly (4).

Only 37 municipalities responded, listing the services they provide to seniors. Both the scope of services and the ability to provide seniors with monetary coverage are limited by the availability of funding. The main problem municipalities cite is the lack of adequate finances. Municipalities most often provide one-time monetary financial assistance, covering out-of-pocket personal expenditures on health care as well as the cost of medications and utilities. They co-finance day centers and underwrite free meal facilities. Among the interesting initiatives underway are: mobile teams for providing care, hygiene and medical assistance; home delivery of hot dinners; and the consultation of caregivers by professionals at home and at senior-oriented social centers.

An analysis of relevant state documents, local studies and the annual reports of the Public Defender, makes it clear that the Georgian Government has included senior-related issues in the state social policy; relevant state documents have been developed based on international standards and approaches. However, generally, activities indicated in these documents have not been implemented. In most cases, elderly citizens in Georgia experience continuing economic deprivation, with their healthcare and social needs remaining unmet.

Based on the survey results obtained, the following steps should be taken to improve the well-being of senior citizens in Georgia:

- Ensuring implementation of the state documents related to the improvement of the socio-economic situation of elderly – through the development of effective mechanisms to monitor and strengthen multi-sector cooperation. It is important to formulate senior-related state policy in accord with three priorities; economic well-being, health and social integration. In addition, the policy needs to meet the needs of elderly citizens living alone and those living in multi-generational families. The programs must envisage gender-related issues.
- Prioritizing social and economic needs of the elderly, in addition to healthcare needs, within the programs of central and local governments;
- Informing the elderly about the available state services more effectively – using methods of disseminating information that are most suitable for this demographic group;
- Determining critically needed medications for chronic medical conditions and making them widely available for elderly patients;
- Promoting, attracting and supporting community volunteers who will participate in the process of caring for the elderly;
- Increasing the mobility of elderly people through social engineering: arranging for a friendly environment to assist not only those who experience difficulty in ambulation, but also those with visual and hearing impairments;
- Creating senior centers in the community and promoting a variety of social and cultural activities for elderly;
- Increasing senior-related awareness among medical personnel and public servants by including courses on aging and the aged in the curriculum at Georgian universities;
- Encouraging research and wide discussion about the existing practice of defining the retirement age in the country;
- Targeting existing stereotypes about the elderly and aging, removing the stigma and encouraging raised awareness about optimal practices for living a long, healthy and productive life.

1. ხანდაზმულობის პრობლემა საერთაშორისო კონტექსტში

მოსახლეობის დაბერება 21-ე საუკუნის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი სოციალურ-დემოგრაფიული ტრანსფორმაციის პროცესია. მსოფლიოს თითქმის ყველა ქვეყანაში იზრდება ხანდაზმული მოსახლეობის წილი, რაც გავლენას ახდენს საზოგადოების თითქმის ყველა სფეროზე, როგორცაა დასაქმება, ფინანსური ბაზრები, მომსახურების სფერო, სოციალური დაცვა და ოჯახის სტრუქტურა. მსოფლიო მოსახლეობის პერსპექტივების მონაცემებით 2019 წლის ტენდენციების გათვალისწინებით 2050 წლისთვის მსოფლიოში მოსახლეობის 1/6 65 წელზე მეტი ასაკის იქნება (16%), ხოლო ევროპასა და ჩრდილოეთ ამერიკაში კიდევ უფრო მეტი – 1/4. 80 წლის ან მეტი ასაკის პირთა რაოდენობა სავარაუდოდ გასამმაგდება და 2050 წელს 426 მილიონს მიაღწევს. დაბერების პროცესი უფრო სწრაფად მიმდინარეობს განვითარებულ ქვეყნებში, ვიდრე განვითარებადში. ქალებს შორის უფრო მეტია ხანდაზმული, ვიდრე კაცებს შორის (United Nations, 2019).

მოსახლეობის დაბერების პარალელურად მნიშვნელოვანი ხდება ინოვაციური და ხანდაზმულთა საჭიროებების შესატყვისი პოლიტიკის შემუშავება და დანერგვა, იმისათვის, რომ ხანდაზმულ მოსახლეობას ქვეყნის ეკონომიკურ, პოლიტიკურ და სოციალურ პროცესებში მონაწილეობის თანაბარი შესაძლებლობა ჰქონდეს. გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის გენერალური ასამბლეის 1978 წლის 14 დეკემბრის 33/52 დადგენილება წინ უსწრებდა დაბერების პრობლემასთან დაკავშირებულ მსოფლიო ასამბლევას, რომელიც 1982 წელს ჩატარდა. მსოფლიო ასამბლეის მიზანი იყო ხანდაზმული პირების ეკონომიკური და სოციალური კეთილდღეობის ხელშეწყობა.

2002 წლის აპრილში მიღებულ იქნა მადრიდის საერთაშორისო სამოქმედო გეგმა, რომელიც არის მოსახლეობის დაბერებასთან დაკავშირებული პირველი საერთაშორისო სტრატეგიული დოკუმენტი. ეს პირველი შემთხვევა იყო, როდესაც მთავრობები შეთანხმდნენ, რომ დაბერების საკითხები სხვა პოლიტიკას უნდა დაკავშირებოდა, განსაკუთრებით სოციალური და ეკონომიკურ განვითარებისა და ადამიანის უფლებების დაცვის სფეროებში. მადრიდის სამოქმედო გეგმა ეხება 3 პრიორიტეტულ სფეროს: 1) ხანდაზმული პირების განვითარება; 2) ჯანმრთელი სიბერე და კეთილდღეობა და 3) ხელსაყრელი და დამხმარე გარემოს უზრუნველყოფა (United Nations, 2002). გეგმაში ასევე ხაზგასმულია ხანდაზმულების მიმართ ძალადობისა და დისკრიმინაციის შემცირება. რამდენიმე თვის შემდეგ გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის ევროპის ეკონომიკურმა კომისიამ (UNECE), მოამზადა აღნიშნული გეგმის განხორციელების რეგიონალური სტრატეგია (RIS); მადრიდის საერთაშორისო სამოქმედო გეგმის მონიტორინგმა აჩვენა, რომ პროგრესის მიუხედავად, მის განხორციელებას გამოწვევები ახლავს, რაც, ძირითადად, გამოწვეულია არასაკმარისი რესურსებით, პოლიტიკური ნების ნაკლებობით და მონაცემების სიმცირით.

მოსახლეობის დაბერების საკითხს ეძღვნება 2030 წლის მდგრადი განვითარების მიზნების დღის წესრიგი (United Nations, 2015)¹. მდგრადი განვითარების მიზნები აქცენტს აკეთებს იმაზე, რომ ხანდაზმულთა გააქტიურების გარეშე შეუძლებელია რეალური, ინკლუზიური და მდგრადი განვითარების მიღწევა. პროცესი ხორციელდება „არავინ რჩება მიღმა“ პრინციპის დაცვით. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ხანდაზმული მოსახლეობის როლი რამდენიმე მიმართულებით; ხანდაზმულ მოსახლეობას მნიშვნელოვანი წვლილის შეტანა შეუძლია ქვეყნის ეკონომიკურ განვითარებაში ფორმალური და არაფორმალური დასაქმების, გადასახადების გადახდის, თვითდასაქმებისა და მენარმეობის გზით. ხანდაზმულები, განსაკუთრებით ქალები, ოჯახის წევრებსა და ახლობლებზე ზრუნვისა და მოვლის საკითხებში უმნიშვნელოვანეს ფუნქციას ასრულებენ. გაზრდილი მიგრაციის, კონფლიქტების, განქორწინების ფონზე ბებიებსა და ასაკოვან ქალებს უწევთ ოჯახის კეთლდღეობაზე ზრუნვა. რადგან ხანდაზმულთა წილი საზოგადოებაში იზრდება, მათ შეუძლიათ არანაკლები გავლენა იქონიონ ქვეყნის სოციალურ და პოლიტიკურ განვითარებაზე, ვიდრე ახალგაზრდებს. ხანდაზმული ადამიანების როლი მნიშვნელოვანია სოციალური კაპიტალის განვითარების თვალზარისითაც, ვინაიდან ისინი, ხშირად, თემის უფრო აქტიური წევრები არიან, ვიდრე ახალგაზრდები.

ხანდაზმულობის პოლიტიკის მნიშვნელოვან დოკუმენტს წარმოადგენს მსოფლიო ჯანმრთელობის ორგანიზაციის მიერ 2017 წელს მიღებული დაბერებისა და ჯანმრთელობის გლობალური სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა. 2020-2030 წლები გამოცხადებულია ჯანმრთელი ხანდაზმულობის ათწლეულად მთელ მსოფლიოში. სტრატეგია ეხება ორ ძირითად სფეროს – ჯანმრთელობასა და ხელშემწყობ გარემოს. სტრატეგია მოიცავს ხუთ მიზანს:

- ყველა ქვეყნის მიერ ჯანმრთელი ხანდაზმულობის ღონისძიებების გატარება;
- ხანდაზმულებისთვის მოსახერხებელი გარემოს შექმნა;
- ჯანდაცვის სისტემის მორგება ხანდაზმულთა მოთხოვნილებებთან;
- მდგრადი და ხანგრძლივი მოვლის თანასწორი სისტემის (სახლი, თემი, ინსტიტუციები) შექმნა;
- ჯანმრთელი ხანდაზმულობის გაზომვის, მონიტორინგისა და კვლევის გაუმჯობესება (WHO, 2017).

ხანდაზმული მოსახლეობა საზოგადოების მონყვლად ჯგუფს მიეკუთვნება, რაც მათ სხვებზე დამოკიდებულს ხდის. ბევრი ქვეყანა ატარებს აქტიური დაბერების პოლიტიკას, რაც გულისხმობს, რომ ასაკში შესვლასა და ხანდაზმულობასთან ერთად, ხანდაზმული რჩება საზოგადოების სრულფასოვან, ჯანმრთელ და აქტიურ წევრად. შესაბამისად, ხანდაზმული პირებისათვის იქმნება მრავალფეროვანი სერვისები, რაც ხანდაზმულთა ოჯახებისა და ახლობლების დატვირთვას ამცირებს; მათ შორის არის ჯანმრთელობის, სოციალური დაცვის, ფსიქოლოგიური და ზრუნვის სერვისები.

¹ https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E

2. საქართველოში არსებული მდგომარეობა

მოსახლეობის დაბერების საკითხებზე სწორი სახელმწიფო პოლიტიკისა და სტრატეგიის არსებობა მეტად მნიშვნელოვანია საქართველოსთვის, რადგან ის დაბერებად ერებს მიეკუთვნება. შობადობის დაბალი მაჩვენებელი და მიგრაციის მაღალი დონე მოსახლეობის დაბერებას და მისი რიცხოვნობის შემცირებას იწვევს. საქართველოში დემოგრაფიული დაბერების პროცესი 1990 წლიდან დაიწყო და დღემდე გრძელდება. ერი დაბერების რისკის ქვეშ ითვლება, თუ მოსახლეობის 7% 65 წელზე უფროსია, ანუ ხანდაზმულია. ეს მაჩვენებელი საქართველოში ჯერ კიდევ 20 წლის წინ იყო. ცხრილში #1 მოცემულია ბოლო 5 წლის მონაცემები, რაც ხანდაზმული მოსახლეობის მზარდ დინამიკას აჩვენებს. მონაცემთა სიმწირის გამო, საქართველოში არ არის განსაზღვრული აქტიური დაბერების ზუსტი ინდექსი².

ცხრილი 1. ხანდაზმულთა წილი საქართველოში

	2015	2016	2017	2018	2019
ხანდაზმული მოსახლეობა %	14.3	14.4	14.5	14.6	14.8

წყარო: სოციალური მომსახურების სააგენტო, საქსტატი, 2019

მოსახლეობის დაბერებას ეხმარება ბოლო ათწლეულის განმავლობაში საქართველოს მთავრობის მიერ გადადგმული ნაბიჯები, რომლებიც ხანდაზმულთა საკითხებთან დაკავშირებულ საერთაშორისო სტრატეგიულ დოკუმენტებს ეფუძნება.

2017 წელს საქართველოს პარლამენტმა მიიღო დადგენილება „საქართველოში მოსახლეობის დაბერების საკითხებზე სახელმწიფო პოლიტიკის კონცეფციის“ დამტკიცების შესახებ³ (საქართველოს პარლამენტი, 2017). აღნიშნული დოკუმენტის მიზანია ხელი შეუწყოს საზოგადოებრივ ცხოვრებაში ხანდაზმულთა ინტეგრირებასა და ჩართულობას. კონცეფციაზე დაყდნობით ჩამოყალიბდა 2016-2018 წლების ეროვნული სამოქმედო გეგმა⁴. აღსანიშნავია, რომ კონცეფციისა და სამოქმედო გეგმის შექმნას წინ უძღოდა მოსახლეობის დაბერების საკითხის მეინსტრიმინგის გზამკვლევის მომზადება, რომელიც შემუშავდა მადრიდის 2002 წლის საერთაშორისო სამოქმედო გეგმისა და მისი განხორციელების რეგიონალური სტრატეგიის პრინციპების გათვალისწინებით. აღსანიშნავია, რომ მეინსტრიმინგის გზამკვლევი შემუშავდა გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის ევროპის ეკონომიკური კომისიის დახმარებით და საქართველოს 2014 წელს გადაეცა. აღნიშნული დოკუმენტების მნიშვნელობა ძალიან დიდია, რადგან წარმოადგენს სახელმწიფოს ხედვას, თუ როგორ აპირებს რესურსების მობილიზაციასა და უწყებათა შორის საქმიანობის კოორდინაციას მადრიდის საერთაშორისო სამოქმედო გეგმაში ჩამოყალიბებული 10 ვალდებულების შესასრულებად. კონცეფციასა და სამოქმედო გეგმაში მოცემული ძირითადი მიმართულებებიდან ჩანს, რომ ქვეყნისთვის პრიორიტეტულია მოსახლეობის დაბერების მეინსტრიმინგისთვის ხელშემწყობი გარემოსა და ინსტიტუციური მექანიზმების შექმნა და ამ პროცესში დაინტერესებული მხარეების ჩართვა. ხანდაზმულთა სოციალური ინტეგრაციის ხელშეწყობა მულტისექტორულ თანამშრომლობას გულისხმობს, რაც დიდწილად ასახულია ზემოაღნიშნულ დოკუმენტებში. კერძოდ, გათვალისწინებულია როგორც ჯანმრთელობისა და სოციალუ-

² ზომავს თუ ხანდაზმულ ადამიანებს რამდენად შეუძლიათ დამოუკიდებელი ცხოვრება, მონაწილეობა დასაქმებასა და სოციალურ აქტივობებში; ზოგადად ზომავს აქტიურად დაბერების უნარს.

³ <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3297267?publication=0>

⁴ აღნიშნული სამოქმედო გეგმა მოიცავს 13 პრიორიტეტულ სფეროს, ესენია:

1. მოსახლეობის დაბერების მეინსტრიმინგი
2. ხანდაზმულთა საზოგადოებრივ ცხოვრებაში ინტეგრირება და ჩართულობა
3. ხანდაზმულთა სახის წარმოჩენა და მასობრივი ინფორმაციის საშუალებებით მათი საკითხების გაშუქება
4. ხანდაზმულთა სოციალური დაცვა
5. ხანდაზმულთა შრომა და დასაქმება
6. მთელი სიცოცხლის განმავლობაში სწავლა
7. ხანდაზმულთა ჯანმრთელობის დაცვა და კეთილდღეობა
8. გენდერული მიდგომის მეინსტრიმინგი
9. თაობათაშორის სოლიდარობა
10. მიგრაცია
11. ქვეყნის საერთაშორისო პროცესებში ინტეგრაცია
12. კვლევა და მონაცემთა შეგროვება
13. მონიტორინგი და შეფასება.

რი დაცვა, ასევე ხანდაზმულებისთვის მთელი სიცოცხლის განმავლობაში სწავლა, დასაქმებისა და ეკონომიკური აქტიურობის შესაძლებლობების შექმნა. ინკლუზიური, ასაკობრივად შეუზღუდავი გარემოს შექმნა შეუძლებელია თაობათა შორის სოლიდარობისა და არსებული სტერეოტიპების დაძლევის გარეშე. შეიძლება ითქვას, საქართველოში მოსახლეობის დაბერების საკითხზე სახელმწიფო კონცეფცია და მის საფუძველზე შექმნილი ეროვნული სამოქმედო გეგმა წარმოადგენს გზამკვლევის სახელმწიფო უწყებებისთვის, თუ რა ნაბიჯები უნდა გადაიდგას ქვეყანაში ხანდაზმული მოსახლეობის კეთილდღეობის გაუმჯობესებისა და ღირსეული დაბერების უზრუნველსაყოფად.

მოსახლეობის დაბერება გამჭოლ თემას წარმოადგენს 2015 წელს გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის (გაერო) გენერალური ასამბლეის მიერ მიღებულ მნიშვნელოვან დოკუმენტში „ჩვენი სამყაროს გარდაქმნა: 2030 წლის დღის წესრიგი მდგრადი განვითარებისათვის“ (United Nations, 2015). გაეროს მიერ მიღებული მდგრადი განვითარებისათვის 2030 წლის დღის წესრიგის, მიზნების, ამოცანებისა და პრინციპების შესაბამისად მომზადდა საქართველოს დემოგრაფიული უსაფრთხოების კონცეფცია, რომელიც საქართველოს პარლამენტმა 2016 წელს დაამტკიცა (საქართველოს პარლამენტი, 2016)⁵. აღნიშნული დოკუმენტის ყურადღების ცენტრში, სხვა საკითხებთან ერთად, ექცევა მოსახლეობის დაბერებასთან დაკავშირებული გამოწვევები.

ხანდაზმულთა სოციალური დაცვისა და ასაკობრივი პენსიის სისტემის სრულყოფა წარმოადგენს მნიშვნელოვანი სახელმწიფო დოკუმენტის „საქართველოს შრომისა და სოციალური დაცვის სფეროების განვითარების ხედვა 2030 წლისთვის“ ერთ-ერთ სტრატეგიულ ამოცანას. დოკუმენტის ძირითადი მიზანია მოსახლეობისთვის ღირსეული ხანდაზმულობის უზრუნველყოფის ხელშეწყობა. აღნიშნული დოკუმენტი საქართველოს პარლამენტმა 2017 წელს დაამტკიცა (საქართველოს პარლამენტი, 2017).

შრომისა და დასაქმების პოლიტიკის ეროვნულ სტრატეგიაში 2019-2023 წწ. ხანდაზმულ პირთა დასაქმება ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი საკითხია. ხანდაზმული პირების დასაქმების ხელშეწყობის ღონისძიებები შეეხება შემდეგ გამოწვევებს: ხანდაზმული პირების დაბალი პროფესიული მობილობა; უნარების ნაკლებობა; შრომის ბაზარზე დასაქმების შესაძლებლობის შემცირება ასაკის მატებასთან ერთად და დამსაქმებელთა სტერეოტიპები ხანდაზმული პირების დასაქმების მიმართ. შრომის ბაზარზე ხანდაზმული პირების მხარდაჭერის ამოცანაა მათი გააქტიურება, დასაქმების ხელშეწყობა და სამუშაო ადგილების შენარჩუნება (საქართველოს პარლამენტი, 2017)⁶.

2017 წელს მიღებულ იქნა „განათლებისა და მეცნიერების ერთიანი სტრატეგია 2017-2021 წწ“ (საქართველოს მთავრობა, 2017)⁷, რომელიც აერთანებს განათლების ყველა დონეს: ბავშვთა ადრეული / სკოლამდელი განათლება, ზოგადი, პროფესიული და უმაღლესი განათლება, ზრდასრულთა განათლება, მეცნიერება და კვლევები. სტრატეგიის მთავარი მიზანია ხარისხიანი განათლებისა და მეცნიერების სისტემის შექმნა მთელი სიცოცხლის განმავლობაში სწავლის პრინციპების შესაბამისად, რაც საშუალებას მისცემს ყველა მოქალაქეს, მათ შორის ხანდაზმულებსაც, განივითაროს ცოდნა და უნარები.

2019 წელს საქართველოს მთავრობის განკარგულებით დამტკიცდა მდგრადი განვითარების მიზნების ეროვნული დოკუმენტი, რომლის მიზანია გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის მიერ შემუშავებული მდგრადი განვითარების მიზნების განხორციელება ეროვნულ დონეზე, 2030 წ. დღის წესრიგის შესაბამისად შეიქმნა საქართველოს რეალობაზე მისადაგებული ეროვნული ინდიკატორები და სამიზნე მაჩვენებლები (საქართველოს მთავრობა, 2019). აღნიშნული დოკუმენტი მიზნად ისახავს კონკრეტულ ამოცანებსა და ინდიკატორებზე დაყრდნობით, სხვა სამიზნე ჯგუფებთან ერთად, ხანდაზმულების ჯანმრთელობისა და სოციალურ-ეკონომიკური კეთილდღეობის გაუმჯობესებას. მდგრადი განვითარების მიზნებიდან ხანდაზმულებთან მიმართებაში განსაკუთრებით აქტუალურია პირველი ხუთი მიზანი, რომელიც აქცენტს აკეთებს სიღარიბისა და შიმშილის შემცირებაზე, ყველა ასაკის ადამიანისთვის ჯანსაღი ცხოვრებისა და კეთილდღეობის უზრუნველყოფაზე, ინკლუზიური და თანასწორი გარემოს შექმნაზე. საქართველოსთან მისადაგებულ ამოცანებსა და ინდიკატორებში მითითებულია, რომ 2030 წლისთვის პროპორციულად იქნება შემცირებული სიღარიბის საერთაშორისო ზღვარს (1.9 აშშ დოლარი დღეში) ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის რაოდენობა – ეს ნიშნავს, რომ სულ მცირე, რეგულარულად უნდა გადაიხედოს ასაკთან დაკავშირებული პენსიის ოდენობა. საქართველოსთან მისადაგებული ამოცანები, ასევე გულისხმობს: სოციალური დაცვის სისტემების მიერ ღარიბი და მოწყვლადი ადამიანების საჭიროებების უკეთ დაფარვას, არასაკმარისი კვების ყველა ფორმის აღმოფხვრას, მათ შორის ხანდაზმულებისთვის. მნიშვნელოვან ინდიკატორს წარმოადგენს ყველა ჯგუფისთვის სოციალური, ეკონომიკური და პოლიტიკური ჩართულობის მხარდაჭერა, რომელიც სხვა ჯგუფებთან ერთად გულისხმობს ხანდაზმულებისთვის ინკლუზიური და ეიჯიზმისგან თავისუფალი გარემოს შექმნას.

⁵ <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3331420?publication=0>

⁶ <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4761408?publication=0>

⁷ http://mes.gov.ge/uploads/MESStrategy_2017-2021.pdf

როგორც ვხედავთ, საქართველოში შექმნილია სახელმწიფო დოკუმენტები, რომლებიც ხანდაზმულთა კეთილდღეობაზე ზრუნვას საერთაშორისო პრინციპებისა და მიდგომების მიხედვით განიხილავს. თუმცა, დოკუმენტების არსებობა ჯერ კიდევ არ ნიშნავს მათ პრაქტიკულ განხორციელებას. სახალხო დამცველის 2018 წლის საპარალელმენტო ანგრიში აღნიშნულია, რომ საქართველოში მოსახლეობის დაბერების საკითხებზე სახელმწიფო პოლიტიკის კონცეფციით გათვალისწინებული ვალდებულებები სათანადოდ არ შესრულებულა, რადგან კონცეფციის 2017-2018 წლების ეროვნული სამოქმედო გეგმა გვიან დამტკიცდა და ფაქტობრივად, ის მხოლოდ ფორმალურ სახეს ატარებდა. შესაბამისად, გასაკვირი არ არის, რომ გეგმის თითქმის არცერთი ვალდებულება არ არის შესრულებული (საქართველოს სახალხო დამცველი, 2018).

2.1. ხანდაზმულების სოციალური მდგომარეობა

საქართველოს მოსახლეობის 2014 წლის საყოველთაო აღწერის მიხედვით, განათლების მიღწეული დონის თვალსაზრისით, მნიშვნელოვანი განსხვავება ფიქსირდება ქალაქური ტიპისა და სასოფლო დასახლებებში მცხოვრებ ხანდაზმულებს შორის. ქალაქური ტიპის დასახლებებში მცხოვრები ხანდაზმულების თითქმის 58% და სოფლად მცხოვრებელი მოსახლეობის 28% მიღებული აქვს უმაღლესი ან პროფესიული განათლება. ქალაქად, მხოლოდ ზოგადი საბაზო განათლების მქონე ხანდაზმული პირების რაოდენობა 8 პროცენტს აღწევს, ხოლო სასოფლო დასახლებებში მცხოვრებ ხანდაზმულებში 28 პროცენტს (სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, 2016). მთელი სიცოცხლის მანძილზე სწავლის პრინციპი არ არის რეალიზებული საქართველოში მცხოვრებ ხანდაზმულ მოსახლეობაში, ვინაიდან მოსახლეობის აღწერისას გამოკითხული პირებიდან არც ერთი პირი არ იღებდა რაიმე ტიპის განათლებას.

2014 წლის აღწერის მონაცემით, ყოველი ხუთი ხანდაზმული ქალიდან (19,8 %) და ათი მამაკაციდან (10,6%) ერთი სრულიად მარტო ცხოვრობს. 65 წლის და უფროსი ასაკის ქალების დაახლოებით 59% და მამაკაცების 18,7% ქვრივია. ამის მიზეზად მიჩნეულია ქალების სიცოცხლის მეტი ხანგრძლივობა და ასაკობრივი სხვაობა მეუღლეებს შორის. ამდენად, სოციალური იზოლაციის, ემოციურ-ფსიქოლოგიური სტრესისა თუ ეკონომიკური შეჭირვების საფრთხე (როგორცაა პენსიის შესყიდვისუნარიანობის შემცირება) უფრო მაღალია ხანდაზმულ ქალებს შორის, ვიდრე კაცებს შორის (სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, 2016).

2018 წლის მონაცემებით, სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა დაბადებისას, შეადგენდა 74,0 წელს, მათ შორის კაცებისათვის 69,7 წელს, ხოლო ქალებისათვის – 78,2 წელს (საქსტატი, 2018). 60 წელს მიღწეული ქალების ჯანმრთელი სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა შეადგენს 17 წელს, ხოლო კაცების 13,6 წელს. ქალების სიცოცხლის ხანგრძლივობა 8,5 წლით მეტია კაცების სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე, ხოლო ქალების ჯანმრთელი სიცოცხლის ხანგრძლივობა 3,4 წლით აღემატება მამაკაცებისას (სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, 2018).

2.2. ხანდაზმულების ეკონომიკური საქმიანობა და საარსებო წყაროები

ეკონომიკური საქმიანობებიდან გამომდინარე ბევრი ხანდაზმული იძულებულია გააგრძელოს მუშაობა და, ძალიან ხშირად, დასაქმებულია მარგინალურ, დაბალპროდუქტიულ სფეროში. ეკონომიკურად აქტიურ ხანდაზმულთა თითქმის სრული უმრავლესობა – 97 პროცენტი – მუშაობს; 65 წლისა და უფროსი ასაკის სამუშაო ძალის დასაქმების წილი მთლიანად აქტიურ მოსახლეობაში 11,5% შეადგენს. საქართველოში სამუშაო ძალაში 65 წლისა და უფროსი ასაკის პირთა უმუშევრობის მაჩვენებელი სხვა ასაკობრივ ჯგუფებთან შედარებით ყველაზე დაბალია (3,3%, საერთო მაჩვენებელი 12,7%) (სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, 2018).

ხანდაზმული მამაკაცები უფრო მეტად აქტიურობენ შრომის ბაზარზე, ვიდრე ქალები. ეს განსხვავება 17 პროცენტამდეა. მასწავლებლებისა და ჯანდაცვის მუშაკების შემთხვევაში ქალების წილი ორჯერ აღემატება მამაკაცებისას (8,8 და 4,6 პროცენტი, შესაბამისად) (საქსტატი, 2018). დასაქმების ყველა დანარჩენ კატეგორიაში, მამაკაცების წილი აღემატება ქალებისას. ხანდაზმულები ყველაზე მეტად არიან წარმოდგენილნი თვითდასაქმებულთა კატეგორიასა და სოფლის მეურნეობაში.

საქართველოს სოციალური დაცვის სისტემა მოიცავს როგორც მიზნობრივ პროგრამებს (საარსებო შემწეობა და სხვ.), ისე უნივერსალურ ელემენტებს (საყოველთაო ჯანდაცვა, ასაკობრივი პენსია). საერთო ჯამში, სოციალურ დახმარებებზე განეული დანახარჯები საბიუჯეტო დანახარჯების 25%-ს, ხოლო მშპ-ის 6,7 %-ს შეადგენს (გაეროს ბავშვთა ფონდი, 2018). სოციალური დაცვის სისტემის ყველაზე უნივერსალური ელემენტია ასაკობრივი პენსია, რომელიც ემსახურება ხანდაზმულ მოსა-

ხლეობაში სიღარიბის დონის შემცირებასა და მათი კეთილდღეობის გაუმჯობესებას. სახელმწიფო პენსიით უზრუნველყოფს საქართველოს ყველა მოქალაქეს, რომელიც მიაღწევს ოფიციალურ საპენსიო ასაკს, გარდა საჯარო სამსახურში დასაქმებულებისა, რომელთაც არ აქვთ უფლება მიიღონ პენსია მუშაობის პარალელურად. ხანდაზმული მოსახლეობის 97,2 პროცენტი იღებს პენსიას. პენსია შეადგენს 220 ლარს (სოციალური მომსახურების სააგენტო, 2018).

საქართველოში ხანდაზმულები სიღარიბის უფრო მაღალი რისკის ქვეშ არიან, ვიდრე ახალგაზრდები. ხანდაზმულ მოსახლეობაში უფრო მაღალია შინამეურნეობაში ცხოვრება შემოსავლების გარეშე, ნაკლებია სოფლის მეურნეობაში დასაქმება ან თვითდასაქმება. ხანდაზმულებს გაცილებით ნაკლებად მიუწვდებთ ხელი შინამეურნეობის აქტივებსა და კარგ საყოფაცხოვრებო პირობებზე, მაგალითად, გამართული წყალმომარაგება, კანალიზაცია და ა.შ. (დე ბრუნი & ჭითანავა, 2017)

2.3. ხანდაზმულთა ჯანმრთელობის მდგომარეობა

მოსახლეობის 2014 წლის აღწერის თანახმად, 65 წლისა და უფროსი ასაკის მოსახლეობის უმრავლესობა (57,6%) მიუთითებს, რომ მათ ჯანმრთელობის პრობლემები აწუხებთ (აქვთ ცუდი ან ძალიან ცუდი ჯანმრთელობის მდგომარეობა). ხანდაზმული პირების დაახლოებით 20,5% შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირია, ხოლო 80 წლისა და უფროსი ასაკის მოსახლეობას შორის იგივე მაჩვენებელი 33,5% შეადგენს. საქართველოში მცხოვრებ ხანდაზმულ მოსახლეობაში მხედველობის სრული და ნაწილობრივი დაკარგვა წარმოადგენს შეზღუდული შესაძლებლობის ყველაზე გავრცელებულ ტიპს. დაახლოებით 48 000 ხანდაზმულს (9,0 პროცენტს) აღენიშნება ორი ან მეტი შესაძლებლობის შეზღუდვა. შესაბამისი მაჩვენებელი 80 წლისა და უფროსი ასაკის მოსახლეობაში შეადგენს 18,8 პროცენტს (დე ბრუნი & ჭითანავა, 2017).

სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოს მონაცემებით, ხანდაზმულთა გარდაცვალების ყველაზე გავრცელებული მიზეზი გულსისხლძარღვთა დაავადებებია, რასაც მოსდევს ნეოპლაზმა⁸. ხანდაზმულთა გარდაცვალების შემთხვევათა 30,2% არ არის შესაბამისად კლასიფიცირებული.

2.4. ხანდაზმულთათვის არსებული სერვისები

2012 წლიდან საპენსიო ასაკის მოსახლეობისთვის სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამა მოქმედებს, რომელიც მანამდე მხოლოდ სოციალურად დაუცველი ხანდაზმული მოსახლეობისთვის იყო ხელმისაწვდომი. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამამ უნდა გაზარდოს ხანდაზმულებისათვის ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობა და შეამციროს ჯანდაცვაზე გაღებული ოჯახის ხარჯები. თუმცა, ამჟამად, ჯანდაცვის ხარჯების ერთი მესამედის დაფინანსების ძირითად წყაროს ისევ კერძო ხარჯები წარმოადგენს.

ზრუნვა გულისხმობს ადამიანის ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების პრევენციასა და მართვას – ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ოჯახის წევრებთან ერთად – როგორც ყოველდღიურ საკითხებში, ასევე სამედიცინო შემთხვევების დადგომისას. თუმცა, საქართველოში ხანდაზმულებზე ზრუნვას უმთავრესად ოჯახის წევრები ეწევიან, ძირითადად მეუღლეები, ან მათი არარსებობის შემთხვევაში – ზრდასრული შვილები. ოჯახის გარდა ხანდაზმულები ძირითადად სარგებლობენ არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ შეთავაზებული მომსახურებებით (ვერულავა & ადეიშვილი, 2015). ქვეყნის მასშტაბით ცოტაა სადღეღამისო დაწესებულებები და დღის ცენტრები. შინმოვლის სერვისები ნაკლებად არის განვითარებული, და შესაბამისად არაფორმალური სერვისების სახითაა წარმოდგენილი⁹ (საქართველოს სახლხო დამცველი, 2018). ექსპერტთა აზრით, საქართველოს მოსახლეობის 2.1%, ანუ 80 ათასზე მეტი ადამიანი, საჭიროებს ხანგრძლივ მოვლას (ვერულავა & ადეიშვილი, 2015).

მოვლის სერვისები თითქმის არ არის გათვალისწინებული სახელმწიფო ჯანდაცვის პროგრამებით, შესაბამისად, მათ უმეტესწილად არასამთავრობო ორგანიზაციები ახორციელებენ უცხოური

⁸ ახალი ქსოვილის ან სიმსივნის წარმოქმნა. ტერმინი ხშირად გამოიყენება ავთვისებიანი წარმონაქმნების აღსანიშნავად.

⁹ ფორმალური ზრუნვა გულისხმობს სპეციალური დაწესებულებების, შინმოვლის პროფესიონალების მიერ განხორციელებულ მომსახურებას, რომლის ხარჯებს აფინანსებენ მოსარგებლები ან სახელმწიფო და მომსახურება გარკვეულ კანონებსა და წესებს ექვემდებარება. არაფორმალური მოვლა კი გულისხმობს ახლობლების, ოჯახის, მეგობრების, მეზობლებისა და სოციალური ქსელის სხვა წევრების მიერ განხორციელებულ მომსახურებას.

დონორი ორგანიზაციების ხელშეწყობით. თუმცა, ასეთი დაფინანსება ფრაგმენტულ ხასიათს ატარებს და პროგრამის დასრულების შემდეგ წყდება. აღსანიშნავია, რომ 2012 წლიდან თბილისის მერიამ შექმნა სიღარიბის ზღვარს მიღმა მყოფი მოსახლეობის გარკვეული კატეგორიის შინმშენების სერვისი.

სახალხო დამცველის ანგარიშის მიხედვით (2018) სისტემურ პრობლემებს შორის კვლავ აქტუალურია ხანდაზმულთა ასაკის ნიშნით დისკრიმინაცია, მათ მიმართ ძალადობა, მძიმე სოციალურ-ეკონომიკური და საცხოვრებელი პირობები, სიღარიბისა და უსახლკარობის საფრთხე, ხანდაზმულებზე ზრუნვის ყოვლისმომცველი გრძელვადიანი სტრატეგიის არარსებობა, სოციალური მომსახურების არაეფექტიანობა, არასაკმარისი მიზნობრივი პროგრამები, ადგილობრივ დონეზე ხანდაზმულთა კეთილდღეობაზე ზრუნვის მიზნით გატარებული ღონისძიებების ნაკლებობა და სხვა.

სახალხო დამცველის აპარატის მიერ თვითმმართველი ერთეულების 2018 წლის ბიუჯეტების ანალიზი აჩვენებს, რომ არსებითად არ შეცვლილა ხანდაზმულ პირთა საჭიროებებზე მორგებული მიზნობრივი პროგრამები და მომსახურებები. არსებული პროგრამები შემოიფარგლება ხანდაზმულებისთვის კომუნალური გადასახადების დაფინანსებით, ერთჯერადი ფულადი დახმარებით, რომელიც გათვლილია მუნიციპალიტეტის ტერიტორიაზე რეგისტრირებული 100 და 100 წელს გადაცილებული პირებისთვის და მეორე მსოფლიო ომის მონაწილეებისთვის. გარდა ამისა, ხანდაზმულთა მრავალფეროვანი საჭიროებების საპასუხოდ, თვითმმართველობები მათ ხშირად სთავაზობენ მხოლოდ გარკვეული სამკურნალო-სარეაბილიტაციო ხარჯების დაფარვასა და მედიკამენტებით დახმარებას. 2017 წლიდან ეგრეთ წოდებული უფასო წამლების პროგრამის ფარგლებში სოციალურად დაუცველ მოსახლეობასა და პენსიონერებს ქრონიკული დაავადებებისთვის საჭირო წამლის შეძენა ერთ ლარად შეუძლიათ.

მუნიციპალიტეტების ბიუჯეტით, მიზნობრივი პროგრამის სახით, კვლავ არ არის გათვალისწინებული ისეთი მნიშვნელოვანი სერვისი, როგორცაა ხანდაზმულ პირთა შინმშენების მომსახურება. იშვიათ შემთხვევაში, აღნიშნული მომსახურების შეთავაზება ხდება ადგილობრივი ბიუჯეტის თანადაფინანსებით გარკვეული პროექტის ფარგლებში, რომელსაც სხვადასხვა ორგანიზაცია ახორციელებს (საქართველოს სახალხო დამცველი, 2018).

3. ხანდაზმულობასთან დაკავშირებული საერთაშორისო კვლევები

მოხუცებულობა ადამიანის სასიცოცხლო ციკლის ბოლო ეტაპს წარმოადგენს. ერიკსონის მიხედვით ამ ეტაპზე ადამიანი აფასებს განვლილ ცხოვრებას, რის შედეგადაც მას ეუფლება უიმედობის/სასონარკვეთილების ან მთლიანობის განცდა (Erikson, 1982). საზოგადოების მიერ ხანდაზმულობა ზოგადად აღიქმება არა მიღწევად, არამედ უფრო წარუმატებლობად. ახალგაზრდული შესახედაობის შესანარჩუნებლად ადამიანები მზად არიან დიდი რესურსები გაიღონ (Fisher & Rocotagiata, 2017). ეიჯიზმი, ადამიანების ასაკის მიხედვით დისკრიმინაცია, ბევრ ქვეყანაში პრობლემას წარმოადგენს. მისი საფუძველი ხანდაზმულობის არასწორ კონცეფციასა და სტერეოტიპებშია.

ხანდაზმულობა ცალსახად ბევრი გამომწვევის წინაშე აყენებს ადამიანს. შეზღუდული მობილობა, რასაც თან ახლავს ფიზიკური, სოციალური და კოგნიტიური ფუნქციების დაქვეითება, ფიზიკური საძლიერის და გამძლეობის შემცირება, მესხიერების დაქვეითება. ხანდაზმულობაში ვითარდება ან მწვავედება ბევრი ქრონიკული დაავადება. თუმცა, ხანდაზმულობა ახალ შესაძლებლობებსაც სთავაზობს პიროვნებას. ქრება ზრუნვა კარიერული მიღწევების თაობაზე, თავისუფალი დრო შესაძლებლობას აძლევს ადამიანს მისდიოს თავის საყვარელ საქმეს, მეტი დრო დაუთმოს მეგობრებს, სხვა დონეზე გადაიყვანოს ურთიერთობა მეუღლესთან და დაძმებთან, ჩამოაყალიბოს მნიშვნელოვანი ურთიერთობა შვილიშვილებთან (Fowler & Fisher, 2014).

ხანდაზმულობა არჩევანის წინაშე აყენებს ადამიანს იმასთან დაკავშირებით, თუ როგორ გააგრძელოს ცხოვრება – განერიდოს სოციალურ ცხოვრებას, თუ გააგრძელოს აქტიობა. ეს გადაწყვეტილება ადვილი მისაღები არ არის. იგი გაპირობებულია პიროვნული თვისებებით, ჯანმრთელობის მდგომარეობით, ეკონომიკური კეთილდღეობით და სოციალური მხარდაჭერის ხელმისაწვდომობით. აკადემიურ წრეებში განიხილება ორი ძირითად მიდგომა, რომელიც განრიდებისა და აქტივაციის ადრეულ თეორიებს ემყარება. განრიდების თეორიის მიხედვით, ასაკთან დაკავშირებული ფუნქციების ბუნებრივი დასუსტება, იმის შეგრძნება რომ დარჩენილი სიცოცხლე ხანმოკლეა, წარმოშობს მზაობას გაერიდო ცხოვრებას (Cumming & Henry, 1961). იგივე მზაობა მოქმედებს ხანდაზმულის გარემოსა და ზოგადად, საზოგადოებაში.

მეორე მხრივ, აქტივაციისა და უწყვეტობის თეორიები (Havighust, 1961; Maddox, 1965; Neugarten, 1972) ხანდაზმულობას განიხილავს, როგორც საზოგადოებრივ ცხოვრებაში ჩართულობის გაგრძელებას. ამ თეორიების ცნებები საფუძვლად უდევს ბოლო წლებში ჩამოყალიბებულ თეორიებს, რომლებიც ხანდაზმულობას განიხილავენ პოზიტიური გერონტოლოგიის ჩარჩოში. ესენია, მაგალითად, პროდუქტიული დაბერების (Bass & Caro, 2001), ასევე, საზოგადოებაში ჩართულობის თეორიები, განსაზღვრული, როგორც სხვა ადამიანის მხარდაჭერისათვის ან საზოგადო კეთილდღეობის მისაღწევად გამიზნული ქმედებები (Adler & Goggin, 2005).

პოზიტიური გერონტოლოგიის თეორიები ეყრდნობა აქტიური და ჯანმრთელი ხანდაზმულობის ცნებას, რაც გულისხმობს ცხოვრებით კმაყოფილებას, ჯანმრთელობას, მარტობის განცდის არქონას, სოციალურ ცხოვრებაში ჩართულობას და პოზიტიური გრძნობების ქონას (Freund & Baltes, 1998; Rowe & Kahn, 1998). კვლევებმა გარკვეულწილად დაადასტურეს პროდუქტიული აქტიობისა და ჩართულობის დადებითი ზეგავლენა ხანდაზმულთა ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე (Johnson & Muchler, 2014).

ჯანმრთელობა, ეკონომიკური რესურსები, სოციალური ურთიერთობები და პიროვნული თვისებები ხანდაზმულთა კეთილდღეობის ძირითად დეტერმინანტებს წარმოადგენენ.

3.1. ჯანმრთელობა

ჯანმრთელობის მდგომარეობა დიდწილად განაპირობებს იმას, თუ როგორ წარმართავს ადამიანი სიცოცხლის დარჩენილ წლებს, ცხოვრებაში აქტიური ჩართულობით თუ მისგან განრიდებით. სამწუხაროდ, ხანდაზმულების ჯანმრთელობის მდგომარეობა დიდად არ განსხვავდება კიდევ უფრო ხანდაზმული მათი მშობლების ჯანმრთელობის მდგომარეობისგან. ამასთან, იგი არ არის თანასწორი სოციალური მაჩვენებლების მიხედვით, უფრო მეტი საჭიროებების მქონე ადამიანებს უფრო ნაკლებად მიუწვდებათ ხელი სერვისებამდე. ხანდაზმულობის ჯანმრთელობის პრობლემების უმრავლესობა ქრონიკულ მდგომარეობებთან არის დაკავშირებული. ჯანმრთელი ხანდაზმულობა გულისხმობს „ფუნქციონალური შესაძლებლობების განვითარებისა და შენარჩუნების პროცესს, რაც განაპირობებს კეთილდღეობას ხანდაზმულ ასაკში“ (WHO, 2017, გვ.4).

დეპრესია გარყეულობის გავრცელებულ შედეგს წარმოადგენს ხანდაზმულებთან. მას განიხილავენ, როგორც გუნება-განწყობილებას, რომელიც ხასიათდება სევდის პერსისტენტული შეგრძნებით და ინტერესის დაკარგვით. დეპრესია მიჩნეულია ჯანმრთელობის ყველაზე სერიოზულ პრობლემად 60 წლის ზევით ასაკის პირებთან (WHO, 2017). იგი გავრცელებულია მსოფლიოს მასშტაბით ხანდაზმულთა 7%-თან, თუმცა ძლიერ განსხვავდება ქვეყნების მიხედვით, მაგ. იგი 43.0% აღწევს ირანში, 34.4% ინდოეთში და 22.0% ჩინეთში. დეპრესიის მიზეზად განიხილავენ, ცუდ ჯანმრთელობას, სიღარიბეს, მარტოობას, გლოვას, სიკვდილის შიშს, ცხოვრების მიზნის დაკარგვას, შფოთვის საკუთარი მომავლის და კეთილდღეობის თაობაზე. დეპრესიის ყველაზე მძიმე შედეგს თვითმკვლელობა წარმოადგენს, რომელიც 80-84 წლის ასაკში ორჯერ უფრო ხშირია სხვა ასაკის პირებთან შედარებით. დეპრესიასთან ასევე არის დაკავშირებული გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების მაღალი რისკი, რეაბილიტაციის გართულება, სოციალური ფუნქციონირების სირთულეები. მძიმე შედეგების მიუხედავად, დეპრესია არ აღიქმება სამედიცინო პრობლემად არც ხანდაზმულების, არც მათი ახლობლების და არც ოჯახის ექიმების მიერ. იგი უფრო მეტად განიხილება, როგორც ხანდაზმულობის ბუნებრივი თანხმლები პრობლემა, რომელიც არ საჭიროებს სამედიცინო ჩარევას.

3.2 ეკონომიკური მდგომარეობა

ეკონომიკური მდგომარეობა, ხშირ შემთხვევაში, რესურსებისადმი წვდომას განაპირობებს, იქნება ეს სერვისები, ხანგრძლივი მოვლის შესაძლებლობები თუ მედიკამენტებზე, დამხმარე საშუალებებზე (მაგ.სმენის აპარატი, ეტლი თუ სხვა) წვდომის შესაძლებლობა.

3.3.სოციალური ურთიერთობები და პიროვნული თვისებები

დადებითი ურთიერთობები ბედნიერების სანინდარს წარმოადგენს. საზოგადოებაში ჩართულობას, ცხოვრების მიზნის ქონას, მაღალ თვითშეფასებას, სოციალურ კონტაქტებსა და საკუთარი გრძნობებისა თუ შეხედულებების გაზიარებას დიდი წვლილი შეაქვთ ცხოვრებით კმაყოფილების განცდაში (Berkman et al, 2010; Penneneker, et al., 1995). კვლევების თანახმად, მარტოხელა ადამიანების სიცოცხლის ხანგრძლივობა მნიშვნელოვნად ჩამორჩება დაოჯახებული ადამიანების სიცოცხლის ხანგრძლივობას. ეს განსაკუთრებით შესამჩნევია კაცების შემთხვევაში. სოციალური მხარდაჭერა არბილებს სტრესის უარყოფით შედეგებს (Sarason, Sherin, Piercea & Sarason, 1987). მხარდაჭერა შეიძლება იყოს ინსტრუმენტული, ინფორმაციული ან ემოციური. დადებითი ეფექტი გაპირობებულია არა იმდენად განხორციელებული, არამედ აღქმული მხარდაჭერით, რწმენით, რომ საჭიროების შემთხვევაში მიიღებ დახმარებას.

სოციო-ემოციური სელექციის თეორიის მიხედვით, პრიორიტეტები იმის თაობაზე, თუ ვისთან იურთიერთოს ადამიანმა, იცვლება გამომდინარე იქიდან, თუ მისი აზრით, სიცოცხლის რამდენი წელი აქვს მას დარჩენილი (Cartensen, 1991). უპირატესობა ენიჭება ემოციურად დატვირთულ მიზნებსა და ღრმა კომუნიკაციას.

ხანდაზმულობა დაკავშირებულია სამედიცინო პერსონალთან მზარდ ურთიერთობასთან (Hartman et al., 2008). დადებითი კომუნიკაციის შემთხვევაში იზრდება ცხოვრებით კმაყოფილება.

ჯანმრთელობაზე ზეგავლენის თვალსაზრისით პიროვნული თვისებებიდან ოპტიმიზმს ყველაზე დიდი პოტენციალი აქვს. კვლევები ცხადყოფს, რომ ოპტიმიზტებს პესიმიზტებზე უკეთესი ჯანმრთელობა აქვთ, ავადმყოფობის შემთხვევაში კი გამოჯანმრთელებას ისინი უფრო სწრაფად ახერხებენ (Segersrom & Sephton, 2010). კვლევებით დადგენილია, რომ კომპეტენტურობის განცდა, მაღალი თვითშეფასება, მოვლენებზე კონტროლის განხორციელების გრძნობა, ასევე დადებითად მოქმედებს ჯანმრთელობაზე (O'Donnell et al., 2008; Bandura, et al.,1985).

ცხოვრებით კმაყოფილების დეტერმინანტების გაგებისათვის აუცილებელია მასლოუს მოთხოვნილებათა იერარქიის თეორიის გათვალისწინება (Maslow,1962). ამ თეორიის მიხედვით, ადამიანის მოთხოვნილებები პირამიდას წარმოადგენს, რომლის პირველ, ქვედა ფენებში განთავსებულია გადარჩენისათვის აუცილებელი მოთხოვნილებები, როგორცაა ფიზიოლოგიური და უსაფრთხოების მოთხოვნილებები. ადამიანი, როგორც წესი, არ ფიქრობს სხვა უფრო მაღალი დონის მოთხოვნილებების დაკმაყოფილებაზე, როგორცაა სოციალური, აღიარების და თვითრეალიზაციის, სანამ ფიზიოლოგიური და უსაფრთხოების მოთხოვნილებები არ იქნება დაკმაყოფილებული.

4. კვლევის მიზანი

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ხანდაზმულთა ჯანმრთელობის, ეკონომიკური და ფსიქო-სოციალური მდგომარეობის შესწავლა, ხანდაზმულთა საჭიროებების გამოვლენა, მათთვის ხელმისაწვდომი პროგრამების იდენტიფიკაცია და სამომავლო სტრატეგიის განსაზღვრა.

მასშტაბიდან გამომდინარე, კვლევა ინდიკატორული ხასიათის იყო და, შესაბამისად, მისი შედეგები ზედმინევენით ზუსტად არ აღწერს ქვეყანაში არსებულ მდგომარეობას, არამედ მიუთითებს არსებულ ტენდენციებზე.

კვლევა შედეგადად ორი ნაწილისაგან. პირველი ნაწილი ასახავს ხანდაზმულთა დამოკიდებულებებს, აღქმებსა და მათ რეალურ მდგომარეობას, ხოლო მეორე აღწერს ქვეყანაში მოქმედ ხანდაზმულთა სოციალურ და ჯანმრთელობაზე მიმართულ ადგილობრივ და ეროვნულ პროგრამებს.

4.1. კვლევის მეთოდოლოგია და რესპონდენტები

მეთოდოლოგია: კვლევის პირველი ნაწილი შერეული მეთოდოლოგიით ჩატარდა. კითხვარის ერთი ნაწილი მოიცავდა კითხვებს, რომლებიც მათ რაოდენობრივი მეთოდით დამუშავების საშუალებას იძლევა, ხოლო მეორე – ღია კითხვებს, რომლებიც თვისებრივი მეთოდით იქნა დამუშავებული. კითხვარში კვლევისთვის საგანგებოდ შექმნილი კითხვების გარდა წარმოდგენილი იყო სტანდარტული ინსტრუმენტები: ოპტიმიზმის სტანდარტული საკვლევი კითხვა (World Value Survey), აქტიუბებისა და ყოველდღიური ცხოვრების სკალა (ADS), რომელიც ზომავს დამოუკიდებლად შხაპის მიღების, ჩაცმის, ტუალეტით სარგებლობის, გადაადგილების, შარდვისა და კუჭის მოქმედების კონტროლისა და საკვების მიღების უნარს. დეპრესია გაზომილი იყო გერიატრიული დეპრესიის სკალის მეშვეობით (GDS – Leeners et al., 1997), რომელიც ხანდაზმულებთან დეპრესიის სკრინინგის სტანდარტულ ინსტრუმენტს წარმოადგენს (Yesavage et al., 1983). სკალის ქართული ვერსია შემოწმებულ იქნა კვლევაში საქართველოში მცხოვრებ დევენილ ხანდაზმულებთან (Ageing in Displacement, 2012). სკალა გადათარგმნილი იყო ინგლისურიდან ქართულად და შემდეგ ისევ ინგლისურად, გამოთვლილ იქნა ქართული ვერსიის კრონბახის ალფა, რომელიც იყო მაღალი და უდრიდა 0.85. ასევე, მაღალი იყო ტესტ-რეტესტის შორის კორელაცია 2 დღიან ინტერვალში, რომელიც შეადგენდა 0.83-ს. დეპრესიის მაჩვენებლად დადგენილი იყო სკალური ღირებულება 8. კითხვარის დანარჩენი შეკითხვები ეხებოდა სოციალურ მხარდაჭერას და სოციალურ კონტაქტებს, ჯანმრთელობის და ეკონომიკური მდგომარეობის შეფასებას, ჯანმრთელობის სერვისების ხელმისაწვდომობას, ფუნქციონალურ შესაძლებლობებსა და სენსორულ დარღვევებს, პიროვნულ თვისებებსა და ცხოვრების სტილს.

კითხვარის რაოდენობრივ ნაწილში რესპონდენტს მოეთხოვებოდა აღენერა საკუთარი დამოკიდებულება ხანდაზმულობის მიმართ, მისი ჩართულობა საზოგადოებრივ ცხოვრებაში, ახლის სწავლისა და მუშაობისათვის მზაობა, რეკომენდაციები ხანდაზმულთა მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად (იხ.დანართ 2).

მეთოდოლოგია: კვლევის მეორე ნაწილი მუნიციპალიტეტებისთვის განკუთვნილი კითხვარებით ჩატარდა. მუნიციპალიტეტებიდან მიღებული პასუხები შეყვანილ იქნა ექსელის ფაილში (იხ.დანართი 3).

კვლევის პირველი ნაწილის ფარგლებში გამოკითხულ იქნა (60 წლიდან 98 წლამდე) 120 რესპონდენტი (60.8% ქალი და 39.2% კაცი), საშუალო ასაკი 79.5 (SD=7.4). ქალების საშუალო ასაკი იყო 79.6 (SD=7.8), კაცების 79.4 (SD=6.8). გამოკითხვა ჩატარდა სამ რეგიონში: სამეგრელოში, გურიასა და თბილისში 2019 წლის ივლისსა და აგვისტოში.

ცხრილი 2. რესპონდენტების რაოდენობა რეგიონების მიხედვით

	რეგიონი	რაოდენობა		
		ქალი	კაცი	სულ
1	სამეგრელო	18	22	40
2	გურია	29	11	40

3	თბილისი	26	14	40
	სულ	73	47	120

კვლევის შეზღუდვა

კვლევაში გამოყენებული შერჩევიდან გამომდინარე, რაოდენობრივ მონაცემებზე დაფუძნებული დასკვნების განზოგადება შეუძლებელია.

ვერ მოხერხდა ქვეყნის მასშტაბით, მუნიციპალურ დონეზე ხანდაზმულთათვის არსებული მომსახურებების ზუსტი აღრიცხვა და მონაცემთა ბაზის შექმნა. ამის მიზეზი ისაა, რომ მუნიციპალიტეტების მერიებში ელექტრონულად გაგზავნილი კითხვარების მხოლოდ ნაწილი დაუბრუნდა კვლევით გუნდს. ამასთანავე, მიღებული ინფორმაცია არ იყო სრულყოფილი და ამომწურავად არ პასუხობდა გაგზავნილ კითხვებს.

5. კვლევის შედეგები – ხანდაზმულთა მდგომარეობა და პრობლემები

5.1. დემოგრაფიული მახასიათებლები

რესპონდენტები, მათ მიერ დასახელებული ძირითადი შეზღუდვების მიხედვით, შემდეგნაირად დაჯგუფდნენ: გადაადგილების სირთულე წარმოადგენდა პრობლემას გამოკითხულთა ყველაზე დიდი ნაწილისათვის, შემდეგ იყო მხედველობის და სმენის სირთულეები, ყველაზე ნაკლებად გვხვდება მეხსიერების სირთულეები. თუმცა დიდი იყო სქესთა შორის განსხვავება, გამოკითხულ მამაკაცთა ბევრად უფრო დიდი ნაწილი უჩიოდა მეხსიერებას. ამისგან განსხვავებით, ქალების უფრო დიდ ნაწილს უჭირდა გადაადგილება.

ცხრილი 3. რესპონდენტები დასახელებული შეზღუდვების მიხედვით %

	შეზღუდვა	ქალი	კაცი	სულ აქვს	არ აქვს
1	მხედველობის სირთულეები	63.0	55.3	60.0	40.0
2	სმენის სირთულეები	49.3	48.9	49.2	50.8
3	გადაადგილების სირთულეები	69.9	53.2	63.3	36.7
4	მეხსიერებისა და კონცენტრაციის სირთულეები	28.8	44.7	38.5	61.5

გამოკითხულთა ყველაზე დიდ ნაწილს (35.0%) აქვს უმაღლესი განათლება. ოდნავ ნაკლებს (34.2%) – საშუალო, 20.0% – პროფესიული, 10% – საბაზისო განათლება.

ქორწინების სტატუსის მიხედვით კაცები ქალებზე უკეთეს მდგომარეობაში არიან. რესპონდენტთა ნახევარზე მეტი (53.3%) ქვრივია, მაგრამ ქალების წილი (68.5%) ბევრად უფრო მაღალია კაცების წილზე (29.8%). 34.2% იმყოფება ქორწინებაში (ქალების 19.2%, კაცების 57.4%), 10.0% არასდროს ყოფილა ქორწინებაში (ქალების 9.6%, კაცების 10.6%) და 2.5% განქორწინებულია (ქალების 2.7%, კაცების 2.1%).

გამოკითხულთა ყველაზე დიდი ნაწილი ცხოვრობს მეუღლესთან, შვილებთან და შვილიშვილებთან ერთად (62.5%) (ქალების 61.6%, კაცების 63.8%); 21.7% მარტო ცხოვრობს (ქალების 23.9%, კაცების 19.1%), 10.8% ცხოვრობს მხოლოდ მეუღლესთან ერთად (ქალების 7.0%, კაცების 17.0%), 5.0% ნათესავებთან ან მეგობრებთან ერთად (ქალების 5.6%, კაცებში არავინ). ამდენად, გამოკითხულთა ერთი მესამედი (32.2%) ან მარტო ცხოვრობს ან ხანდაზმულ მეუღლესთან ერთად. რესპონდენტების ოჯახის შემადგენლობა ცვალებადობს 0-დან 7 წევრამდე ($M=2.3$; $SD=1.8$). 19.8% აქვს სოციალურად დაუცველის სტატუსი (ქალების 22.5% და კაცების 15.0%). 14.7% აქვს შშმ პირის სტატუსი (ქალების 18.2%, კაცების 9.3%).

5.2. ცხოვრების ხარისხი და დამოუკიდებელი ცხოვრება

გამოკითხულთა 90.8% აქვს საკუთარი ოთახი, 96.4% მიუთითებს, რომ აქვს სახლში სველი წერტილი.

საკუთარი საცხოვრებელი პირობებით ძალიან უკმაყოფილოა ან უკმაყოფილოა 39.6%, საშუალოდ არის კმაყოფილი 25.3%, კმაყოფილია ან ძალიან კმაყოფილია 35.1%.

ინტერვიუერები რესპონდენტების საცხოვრებელ პირობებს ოდნავ უფრო დადებითად აფასებენ, ვიდრე თავად რესპონდენტები. მათი შეფასების მიხედვით, საშუალო საცხოვრებელი პირობები აქვს 38.8%, კარგი ან ძალიან კარგი 31.9%, ცუდი ან ძალიან ცუდი 29.3%.

ჯანმრთელობის მდგომარეობა

გამოკითხულთა ყველაზე დიდი ნაწილი 41.7% მიიჩნევს, რომ ცუდი ჯანმრთელობა აქვს, 27.5% ფიქრობს, რომ მისი ჯანმრთელობა ძალიან ცუდია, საშუალოდ მიაჩნია ჯანმრთელობა გამოკითხულთა 24.2%, კარგად – 5.0%, ხოლო ძალიან კარგად – 1.7%. გამოკითხულებიდან ყველაზე დიდ ნაწილს

უჭირს კიბეზე დამოუკიდებლად ასვლა და ჩასვლა, დამოუკიდებლად გადაადგილება და დამოუკიდებლად ბანაობა.

ცხრილი 4. ფუნქციონალური შესაძლებლობები %

ფუნქციონალური შესაძლებლობები	არ უჭირს	უჭირს
1 დამოუკიდებლად ბანაობა	51.3	48.7
2 დამოუკიდებლად ჩაცმა	78.2	21.8
3 ტუალეტით დამოუკიდებლად სარგებლობა	81.5	18.5
4 სანოლოდან დამოუკიდებლად ადგომა და დანოლა	81.4	18.6
5 საკვების დამოუკიდებლად მიღება	90.8	9.2
6 შარდისა და კუჭის მოქმედების შეკავება	87.5	12.5
7 დამოუკიდებლად გადაადგილება	66.0	34
8 დამოუკიდებლად კიბეზე ასვლა/ჩამოსვლა	41.7	58.3

ყველა ფუნქციის დამოუკიდებლად შესრულება შეუძლია გამოკითხულთა 35.8%, ვერცერთ ფუნქციას ვერ ასრულებს გამოკითხულთა 4.2%.

ცხრილი 5. იმ ფუნქციათა რაოდენობა, რისი შესრულებაც არ შეუძლია რესპონდენტს დამოუკიდებლად

	%
0	35.8
1	14.2
2	15.8
3	10.0
4	6.7
5	2.5
6	8.3
7	2.5
8	4.2
	100

ხანდაზმულობის პრობლემას ის წარმოადგენს, რომ ჯანმრთელობის გაუარესება ერთდროულად სხვადასხვა სფეროში ხდება. გამოკითხულთა 28.3% მიუთითებს, რომ აქვს ორი სახის შეზღუდვა, ერთი სახის შეზღუდვა აქვს 28.3%, სამი სახის – 22.5%, ოთხის – 9.2%, არცერთის – 2.5%.

ნამყვანი შეზღუდვის მიხედვით ფუნქციების შესრულების ანალიზი გვიჩვენებს, რომ რესპონდენტების ყველაზე დიდი ნაწილისათვის ნამყვან შეზღუდვას გადაადგილების სირთულე წარმოადგენს.

ცხრილი 6. რესპონდენტები ნამყვანი შეზღუდვის მიხედვით %

	შეზღუდვა	ქალი	კაცი	სულ
1	მხედველობის სირთულეები	20.5	23.4	21.7%
2	სმენის სირთულეები	19.2	12.8	16.7%
3	გადაადგილების სირთულეები	37.0	23.4	31.7%
4	მენსიერებისა და კონცენტრაციის სირთულეები	6.8	29.8	15.8%

ყველა ხანდაზმულს, შეზღუდვის მიუხედავად, ყველაზე მეტად კიბეზე სიარული და შემდეგ ბანაობა უჭირს.

ცხრილი 7. შეზღუდვები და ფუნქციების შესრულების შეუძლებლობა

ფუნქცია	შეზღუდვა				სულ
	მხედველობა	სმენა	გადაადგილება	მეხსიერება	
ბანაობა	12	4	19	16	51
ჩაცმა	7	2	9	6	24
ტუალეტი	3	1	12	5	21
სანოლიდან ადგომა	2	1	15	5	23
კვება	1	0	4	5	10
შარდის შეკავება	2	0	6	6	14
გადაადგილება	8	3	19	5	35
კიბზე ასვლა	15	5	29	11	60
სულ	50	16	113	59	238

ყველაზე მეტი ფუნქცია აქვთ დარღვეული გადაადგილების სირთულის მქონე პირებს, შემდეგ მეხსიერების სირთულისა და მხედველობის შეზღუდვის მქონე პირებს.

რესპონდენტების მცირე ნაწილის აქვს მავნე ჩვევები: მხოლოდ 7.5% ეწევა თამბაქოს, 1.9% ხშირად იღებს ალკოჰოლურ სასმელს. რესპონდენტები ნაკლებად ვარჯიშობენ, სხვადასხვა სისშირით ვარჯიშობს მხოლოდ 20.5%. მეტ-ნაკლებად ჯანმრთელად იკვებება 50.9%, ჯანმრთელად – 30.2%, ხოლო 18.9% არაჯანსაღ საკვებს ღებულობს.

გამოკითხულთა ყველაზე დიდი ნაწილი პასუხისმგებლობას საკუთარ ჯანმრთელობაზე ოჯახს (41.0%) აკისრებს. სახელმწიფოს აკისრებს პასუხისმგებლობას 25.5%. ყველაზე მცირეა (24.5%) იმ პირების რაოდენობა, ვინც საკუთარ თავზე იღებს ჯანმრთელობაზე ზრუნვას.

რესპონდენტები ფაქტობრივად თანაბრად არიან გაყოფილი ოპტიმიზმის ხარისხის მიხედვით: 50.5% მიაჩნია, რომ მის ცხოვრებაში ის არ მოხდება, რაც სურს, ხოლო 49.5% კი ფიქრობს, რომ ცხოვრებაში ყველაფერი ისე ნაუვა, როგორც ელის.

საკუთარი ცხოვრებით უკმაყოფილოთა წილი (49%) აღემატება იმათ წილს, ვინც კმაყოფილია (29%). საკუთარი ცხოვრებით ძალიან უკმაყოფილოა 17%, ხოლო უკმაყოფილოა 32%, საშუალოდ კმაყოფილია 2.2%, კმაყოფილია 23%, ხოლო ძალიან კმაყოფილია 6%.

დებრესია ხანდაზმულობის ერთ-ერთ დამახასიათებელ ნიშანს წარმოადგენს. რესპონდენტთა 31.7%-ის მაჩვენებელი დებრესიის სკალაზე, რომელიც შეიძლება ცვალებადობდეს 0-დან 15-მდე, აღემატება 10-ს. დებრესიის სკალაზე გამოკითხულთა საშუალო მაჩვენებელი იყო 7.0 (SD=5.0), ქალებსა და კაცებს შორის განსხვავება არ იყო მნიშვნელოვანი, მნიშვნელოვანი იყო განსხვავება შეზღუდვის მიხედვით (F=4.1; df=4; p<.005). დისპერსიული ანალიზის მიხედვით, დებრესიის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი აღენიშნა მხედველობადაქვეითებულ ჯგუფს (M=8.7; SD=4.6), შემდეგ იმ პირებს, ვისაც უჭირს გადაადგილება (M=8.2; SD=4.4), სმენადაქვეითებულებს (M=5.4; SD=4.1), და ბოლოს, მეხსიერების პრობლემების მქონე პირებს (M=4.1; SD=5.5).

მეხსიერებადაქვეითებულთა დაბალი მაჩვენებელი დებრესიის სკალაზე სკალის მტკიცებულებების არაადექვატურად გაგებით შეიძლება იყოს გამოწვეული.

5.3. ეკონომიკური კეთილდღეობა და ეკონომიკური აქტიურობა

გამოკითხულთა უმრავლესობის ძირითად შემოსავალს სახელმწიფოს მიერ განეული დახმარება წარმოადგენს: 92.3% იღებს პენსიას, 18.3% – სოციალურ დახმარებას, 3.1% – დევნილთა შემწეობას. საკუთარი შრომითი შემოსავალი ცოტას აქვს. 8%-ს აქვს შემოსავალი საკუთარი წარმოების სასოფლო-სამეურნეო პროდუქტებიდან, 6.5% – სამუშაოდან, 1.9% აქვს შემოსავალი საკუთარი ბიზნესიდან, 1% – საკუთრების გაქირავებიდან. გამოკითხულთა დიდი ნაწილი, ერთი მეოთხედი (26.9%) დამოკიდებულია ახლობლების მიერ გაღებულ დახმარებაზე.

ოჯახის შემოსავლების სტრუქტურაც საკუთარი შემოსავლის მსგავსია. უმრავლესობის ოჯახის ძირითად შემოსავალს სახელმწიფოს მიერ განეული დახმარება წარმოადგენს: 53.1% იღებს პენსიას,

11.7% – სოციალურ დახმარებას, 1.1% – დევნილთა შემწეობას. საკუთარი შრომითი შემოსავალი ცოტა ოჯახს აქვს: 18.6% აქვს შემოსავალი საკუთარი წარმოების სასოფლო-სამეურნეო პროდუქტებიდან, 46.0% – სამუშაოდან, 2.1% აქვს შემოსავალი საკუთარი ბიზნესიდან, 6.1% – საკუთრების გაქირავებიდან, 28.1% იღებს რეგულარულ დახმარებას ახლობლებისგან.

5.4. სოციალური ინტეგრაცია

ჯგუფისადმი მიკუთვნების მოთხოვნილება ადამიანის ძირეულ მოთხოვნილებას წარმოადგენს. ხანდაზმულობის ერთ-ერთ უარყოფით შედეგს სწორედ სოციალური კავშირების შესუსტება და შემცირება წარმოადგენს, რაც გამოწვეულია, ერთის მხრივ, თანატოლთა გარდაცვალებით და, მეორეს მხრივ, ურთიერთობების შენარჩუნებისათვის საჭირო ემოციური და ფიზიკური რესურსების შემცირებით, ურთიერთობის ინტერესის დაკარგვით, ასევე, ხანდაზმულთა მიმართ სხვების, მათ შორის ოჯახის წევრების, გულგრილი დამოკიდებულებით.

კვლევამ გვიჩვენა, რომ ყველაზე ხშირი კონტაქტი გამოკითხულებს ჰქონდათ მეზობლებთან, შემდეგ ოჯახის იმ წევრებთან, რომლებიც მათთან ერთად არ ცხოვრობდნენ, შემდეგ კი ნათესავებთან.

მარტო და მხოლოდ მეუღლესთან ერთად მცხოვრებ პირთა ურთიერთობის სიხშირე მეზობლებთან განსხვავებული აღმოჩნდა იმ ხანდაზმულებთან შედარებით, რომლებიც მრავალთაობიან ოჯახში ცხოვრობენ. დისპერსიული ანალიზის თანახმად ($F = 6.0, df = 1, p < 0.1$) მარტო მცხოვრები ხანდაზმულები მნიშვნელოვნად უფრო ხშირად, კვირაში საშუალოდ 4.7 ($SD=4.9$) ურთიერთობდნენ მეზობლებთან, ვიდრე მრავალთაობიან ოჯახში მცხოვრები რესპონდენტები (საშუალოდ 2.7, $SD = 2.7$)

ცხრილი 8. ბოლო შვიდი დღის განმავლობაში განხორციელებული კონტაქტების რაოდენობა

	ობიექტი	მინიმუმი	მაქსიმუმი	საშუალო	სტანდარტული გადახრა
1	მეზობელი	0	20	3.4	3.6
2	ოჯახის წევრი	0	15	2.6	3.4
3	ნათესავი	0	12	1.4	2.6
4	მეგობარი	0	12	1.4	2.6
5	მრევლის წევრი	0	10	0.33	1.4

ასაკთან ერთად იზრდება სოციალური მხარდაჭერის საჭიროება, როგორც ცნობილია, ხანდაზმულებს ახალაზრდებზე უფრო მეტად სჭირდებათ დახმარება.

კვლევაში ოთხი კითხვა ზომავდა იმას, თუ ვინ უწევდა რესპონდენტს დახმარებას სხვადასხვა საჭიროების შემთხვევაში. რესპონდენტებს დაახლოებით ერთნაირად სჭირდებათ დახმარება კითხვარში ჩამოთვლილ ოთხივე სფეროში: საოჯახო საქმეები, ჯანმრთელობის პრობლემები, გაზიარება და საყიდლები. თუმცა, აღინიშნება მათ შორის მცირედი განსხვავება; ყველაზე მეტად დახმარება რესპონდენტებს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ პრობლემების დასაძლევად სჭირდებათ (110), შემდეგ საოჯახო საქმეების მოგვარებასა (108) და გაზიარებასთან (107) დაკავშირებით, და ყველაზე ნაკლებად საყიდლებთან დაკავშირებით (99).

ყველა საჭიროების შემთხვევაში მიმართვის მთავარ ობიექტს ოჯახი წარმოადგენდა. საოჯახო საქმეებში დახმარებისათვის 80 რესპონდენტი მიმართავდა ოჯახის წევრს, 5 კი – მეზობელს. ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული დახმარების მიმართვის ყველაზე ხშირი ობიექტი ისევ ოჯახის წევრი იყო (80), შემდეგ კი მეზობელი და სასწრაფო დახმარება. ემოციური გაზიარება ყველაზე დიდ ნაწილს ისევ ოჯახის წევრთან ერჩივნა (68), ასევე დასახელებული იყვნენ მეგობრები (8); საყიდლების გასაკეთებლადაც ოჯახის წევრებს მიმართავდნენ (71), მაგრამ ასევე მეზობლებს.

ხანდაზმულები სხვებთან ურთიერთობის საჭიროებას ყველაზე ნაკლებად გრძნობენ ემოციების გასაზიარებლად (20), შემდეგ - საყიდლებისათვის (17), საოჯახო საქმეებისათვის (11) და, ბოლოს, ჯანმრთელობის პრობლემების გადასაჭრელად (8).

ამგვარად, სხვების დახმარების საჭიროება ყველაზე მწვავედ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით დგას, და ყველა შემთხვევაში რესპონდენტები უფრო ოჯახის მხარდაჭერის იმედზე არიან.

ცხრილი 9. სოციალური მხარდაჭერა

		საოჯახო საქმეები	ჯანმრთელობის პრობლემები	ემოციების გაზიარება	საყიდვების გაკეთება	
1	ოჯახის წევრი	80	80	68	71	299
2	ნათესავი	5	3	5	3	16
3	მეგობარი	1	1	8	2	12
4	არავინ	11	8	20	17	56
5	დამხმარე	5	2	1	2	10
6	სასწრაფო	0	8	0	0	8
7	მეზობელი	5	8	4	4	21
8	მერიის წარმომადგენელი	1	0	1	0	2
		108	110	107	99	424

ხანდაზმულებს დახმარებისათვის ურჩევნიათ, რომ მიმართონ უფრო ხშირად ოჯახის წევრებს (299) ან არავინ შეაწუხონ თავისი პრობლემებით (56), თუმცა ზოგჯერ მეზობლებსა (21) და ნათესავებსაც (16) მიმართავენ.

5.5. სერვისებით სარგებლობა

გამოკითხვამ აჩვენა, რომ რესპონდენტთა ძალზე მცირე ნაწილი სარგებლობს ხანდაზმულებისათვის ხელმისაწვდომი სერვისებით. რესპონდენტებს ვთხოვდით ჩამოეთვალათ ყველა ის სერვისი, რომლითაც ისინი სარგებლობდნენ საყოველთაო დაზღვევის გარდა, მიეთითებინათ საიდან ჰქონდათ მის შესახებ ინფორმაცია და როგორ აფასებდნენ მიღებულ მომსახურებას (იხ. დანართი #1). სულ 120 რესპონდენტის მიერ დასახელებულ იქნა 30 სერვისი. სერვისების გამოყენების სიხშირე იხილეთ ცხრილი #10.

ყველაზე ხშირად რესპონდენტებმა ისარგებლეს ერთჯერადი ფულადი დახმარებით და მედიკამენტების ერთჯერადი დაფინანსებით.

ცხრილი 10. ხანდაზმულებისათვის ხელმისაწვდომი სერვისების გამოყენება

	სერვისი	რაოდენობა
1	ერთჯერადი ფინანსური დახმარება	10
2	მედიკამენტების ერთჯერადი დაფინანსება	9
3	მომვლელის პროგრამით სარგებლობა	6
4	დიაბეტის პროგრამით სარგებლობა	4
5	არასამთავრობო ორგანიზაციის მიერ გაწეული დახმარება	1
	სულ	30

სერვისების შესახებ ინფორმაციას ყველაზე ხშირად რესპონდენტები იღებდნენ მეგობრებისგან (6), ნათესავებისგან (6), ოჯახის წევრებისაგან (4), მერიის წარმომადგენლებისაგან (2), არასამთავრობო ორგანიზაციებიდან (2), დეპუტატისაგან (2), ექიმისგან (1). მიღებულ სერვისებით კმაყოფილებას რესპონდენტები საშუალოდ 2.2 ქულით აფასებდნენ სკალაზე, სადაც 1 ნიშნავდა ძლიერ კმაყოფილებას, ხოლო 5 ძლიერ უკმაყოფილებას.

გამოკითხვის რაოდენობრივი ნაწილის ანალიზის დასკვნის სახით შეიძლება ითქვას, რომ ხანდაზმულთა ერთი მესამედი ცხოვრობს მარტო ან ხანდაზმულ მეუღლესთან ერთად. 69.2% საკუთარ

ჯანმრთელობას უჩივის. საკუთარ ჯანმრთელობაზე პასუხისმგებლობას ოჯახს აკისრებს გამოკითხულთა 41.0%, 25.5% სახელმწიფოს და მხოლოდ 24.5% საკუთარ თავს. გამოკითხულთა უმრავლესობას უჭირს გადაადგილება, შემდეგ პრობლემად მხედველობის და სმენის სირთულეებს ასახელებენ. ფუნქციებიდან ყველაზე დიდ სირთულეს კიბეზე სიარული, შემდეგ კი ბანაობა წარმოადგენს.

გამოკითხულთა ნახევარი ოპტიმისტურად არის განწყობილი, მაგრამ ნახევარზე მეტი ცხოვრებით უკმაყოფილოა, მაღალია დეპრესიის მაჩვენებელი გამოკითხულთა ერთ მესამედთან. დეპრესიის განსხვავებული დონე აღმოაჩნდათ სხვადასხვა შეზღუდვის მქონე ადამიანებს, მათი რიცხვი ყველაზე დიდია მხედველობითი შეზღუდვის მქონე პირებთან.

ხანდაზმულებს დახმარება ყველაზე მეტად ესაჭიროებათ ჯანმრთელობის პრობლემების მოგვარებაში, ყველაზე ნაკლებად კი სხვებს გრძნობების გასაზიარებლად მიმართავენ. დახმარებისთვის ხანდაზმულები ყველა საჭიროების შემთხვევაში, როგორც წესი, ოჯახის წევრებს მიმართავენ. სახელმწიფო პროგრამებით მოსარგებლეთა რიცხვი, გარდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამისა, ძალზე მცირეა.

6. კვლევის თვისებრივი ნაწილის შედეგები

საკვლევი ინსტრუმენტის თვისებრივი ნაწილი შეიცავდა ღია კითხვებს, რომლებიც ეხებოდა ხანდაზმულთა საჭიროებებს, ახალი გამოცდილების მიღებისადმი მათ დამოკიდებულებას, ცხოვრებაში ჩართულობას, ხანდაზმულობის შეფასებასა და მდგომარეობის გაუმჯობესების გზებს.

6.1. ხანდაზმულთა საჭიროებები

ძირითად შეკითხვაზე – თუ რის საჭიროებას ხედავენ ხანდაზმულები – პასუხად რესპონდენტებმა მრავალი საკითხი ჩამოთვალეს. რესპონდენტების ყველაზე დიდმა ნაწილმა ეკონომიურ მდგომარეობაზე გაამახვილა ყურადღება, კერძოდ, ეკონომიკური კეთილდღეობის აუცილებლობაზე, პენსიის გაზრდის საჭიროებაზე.

ბევრი საკითხი ეხებოდა ასევე სამედიცინო საჭიროებებს, უპირველეს ყოვლისა, მედიკამენტების ხელმისაწვდომობას, ასევე მწვავე საკითხს წარმოადგენს სამედიცინო გამოკვლევების დაფინანსება. რესპონდენტების დიდი ნაწილი საჭიროებს მომვლელს. სმენადაქვეითებულების ნაწილს ესაჭიროება სმენის აპარატი.

მწვავეა საყოფაცხოვრებო პირობების საკითხი. გამოკითხულთა ნაწილს არ აქვს ბინაში სველი წერტილი, ზოგს შესაკეთებელი აქვს სახურავი, რაც ართულებს მათ ცხოვრებას, რამდენიმე დევნილ რესპონდენტს არ აქვს ბინა.

გარდა მატერიალური პრობლემებისა რესპონდენტებს აწუხებთ სახელმწიფოს უყურადღებობა მათ მიმართ. ისინი თავს დაჩაგრულად და შეურაცხყოფილად გრძნობენ პენსიის ოდენობის გამო, აგრეთვე იმის გამო, რომ დამსახურების მიუხედავად, ყველას ერთნაირი პენსია აქვს.

ხანდაზმულები თავს გარიყულად გრძნობენ და განიცდიან ურთიერთობების დეფიციტს, მათ შორის ოჯახის წევრებთანაც. მათ ცხოვრებას აკლია სიხალისე, ეკონომიკური მდგომარეობა ზღუდავს მათ მობილობას, შესაძლებლობას, მოინახულონ ახლობლები ან წავიდნენ კონცერტზე, სამოგზაურად, რაც ინტერესს შეჰმატებდა მათ ცხოვრებას.

ცხრილი 11. ხანდაზმულთა საჭიროებები

საჭიროებები	რაოდენობა
სამედიცინო	
შინმოვლის პროგრამა	9
გამოკვლევების დაფინანსება	8
ყურადღება ექიმებისაგან	3
ოპერაციის დაფინანსება	3
ექიმის სახლში ვიზიტი	2
დამხმარე ექიმთან ვიზიტისას	2
რეაბილიტაციის პროგრამა	1
მასაჟი	1
დამხმარე საშუალებები	
სმენის აპარატი	5
სურდო თარჯიმანი	2
ეკონომიკური საკითხები	
ეკონომიკური კეთილდღეობა	29
პენსიის გაზრდა	24
სოციალური დახმარება	7

სამუშაო	5
საკვები პროდუქტები შეღავათიან ფასებში	2
შეღავათები კომუნალურ გადასახადებზე	1
შემის ვაუჩერი	1
საკვების მოტანა ადგილზე	1
საყოფაცხოვრებო საკითხები	
სახლის რემონტი	7
დღის ცენტრი	2
ბინის მიღება	2
ცხელი ხაზი	1
ეზოს მოვლა	1
მედიკამენტები	
მედიკამენტების ხელმისაწვდომობა	38
პამპერსები	1
სახელმწიფო პოლიტიკა	
ყურადღება/დაფასება	13
სოციალური ურთიერთობები	
ურთიერთობები	14
ხალისი და გართობა	3
კონცერტებზე წასვლის შესაძლებლობა	3
ურთიერთობა ოჯახის წევრებთან	3
თაობათა შორის გაგება	1
სიყვარული	1
არ იყო სხვაზე დამოკიდებული	1
იმის კეთების შეუძლებლობა, რისი კეთებაც გიყვარს	1

„სახელმწიფო უნდა ზრუნავდეს, რომ პენსიონერს გვერდში დაუდგეს, ეს არის ურთიერთპატივისცემა. მზე მთელი ცხოვრება ვიმუშავე და იგივე პენსია მაქვს, რაც ჩემს მეზობელს, ერთი დღეც რომ არ უმუშავია“ (75 წლის ქალი, ოზურგეთი).

6.2. ხანდაზმულობის შეფასება

ხანდაზმულების უმრავლესობა, 43 რესპონდენტი სიბერეს უარყოფითად აფასებს.

„ფიზიკურად დავძაბუნდი. ეს მოქმედებს გუნება-განწყობილებაზე, ეკონომიკურად გამართული არ ვარ, მორალურად მძიმედ ვგრძნობ თავს, შეურაცყოფილად“ (93 წლის ქალი, ზუგდიდი).

„ცუდია, ძალა და ენერჯია გეკარგება, რაც გინდა ვერ აკეთებ, სურვილიც ქრება“ (82 წლის ქალი, ლანჩხუთი).

„ძალიან ცუდია, მაგრამ რას იზამ, ასეთ ადამიანი, ყველა ბერდება, ახალგაზრდა არ რჩება არავინ“ (77 წლის ქალი, ოზურგეთი).

„როდესაც პენსიონერი ხარ სხვა რაღაცებზე ფიქრობ და წინსვლისთვის ნაკლებად იბრძვი და უფრო ხალისიანი და ბედნიერი დღეები იმიტომაც მნიშვნელოვანი“ (62 წლის ქალი, ოზურგეთი).

8 რესპონდენტი ფიქრობს, რომ სიბერეს აქვს როგორც დადებითი, ისე უარყოფითი მხარეები.

„არაა მთლად კარგი, მაგრამ დადებითიც აქვს და უარყოფითიც, თუ ჯანმრთელი იქნები კარგია, დიდხანს იცოცხლებ, ბევრ რამეს გააკეთებ, თუ არადა ძნელია“ (73 წლის კაცი, ოზურგეთი).

9 ხანდაზმული კი სიბერეს დადებითად აფასებს.

„ყველა უნდა დაბერდეს, თუ ვერ დაბერდი ეს უფრო ცუდია. კარგია როდესაც თვალს გადაავლებ განვლილ ცხოვრებას და ბევრი კარგი გაქვს მოსავონარი“ (82 წლის კაცი, ოზურგეთი).

„უნდა იცოდეთ თავის დაკავება, გართობა. სხვა ვერ დაგეხმარება სიბერის დაძლევაში, მეტი ოპტიმიზმია საჭირო და ამაზე თვითონ უნდა იმუშაო და იზრუნო“ (77 წლის ქალი, თბილისი)

„ბრძენი ხარ, შევიძლია სწორი გზა აირჩიო. ცხოვრება რთულია, მაგრამ საინტერესო“ (82 წლის ქალი, ლანჩხუთი).

„ახლა სულ ახალგაზრდა ხომ არ იქნები და თავის დროზე ყველაფერი უნდა მოვიდეს“ (99 წლის კაცი, ზუგდიდი).

„სიბერე კარგია, აბა ახალგაზრდა უნდა მოკვდე?“ (77 წლის კაცი, ზუგდიდი).

6.3. ხანდაზმულთა ჩართულობა საზოგადოებრივ ცხოვრებაში

გამოკითხულთა დიდი ნაწილი ტელევიზიით ადევნებს თვალს ახალ ამბებს, თუმცა რამდენიმე რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ კარგად არ ესმის შინაარსი და შემდეგ ოჯახის წევრებს სთხოვს დაზუსტებას. რესპონდენტები მიმდინარე მოვლენებს განიხილავენ ოჯახის წევრებთან და ახლობლებთან ერთად.

ცხრილი 12. ჩართულობა საზოგადოებრივ ცხოვრებაში

აქტიობა	რაოდენობა
ახალი ამბების ყურება	53
ქვეყანაში მიმდინარე ამბების განხილვა ოჯახის წევრებთან	18
ქვეყანაში მიმდინარე ამბების განხილვა მეზობლებთან და ახლობლებთან	10
გაზეთების/ჟურნალების კითხვა	9
არჩევნებზე სიარული	6
ახალი ამბების მოსმენა	3
მოიხმარს ინტერნეტს	3
აინტერესებს	3

რესპონდენტთა ნახევარზე მეტი თვალყურს არ ადევნებს ქვეყანაში მიმდინარე მოვლენებს, ზოგი იმიტომ, რომ ცუდად ესმის, უფრო მეტს კი დაკარგული აქვს ინტერესი და გულგატეხილია იმის გამო, რაც ქვეყანაში ხდება.

„არა, ტელევიზორს არ ვუყურებ. დღისით ეზოში ვზივარ საღამოთი ჩემ ოთახში შევალ. არ მინდა ვინმე შევანუნო“ (93 წლის ქალი, ზუგდიდი).

გამოკითხულთა უმრავლესობა ეთანხმება აზრს, რომ სწავლა კარგია, მაგრამ რაც შეეხება მათ მიერ რამის სწავლას, უდიდესი ნაწილი ამ აზრის მიმართ სკეპტიკურად არის განწყობილი. ბევრი ფიქრობს, რომ რაც საჭირო იყო ყველაფერი ისწავლა; ზოგი მიიჩნევს, რომ უკვე გვიან არის რამე ისწავლოს; ზოგი თვლის, რომ სწავლის უნარი აღარ აქვს და გამოკითხულთაგან ძალზე მცირე ნაწილია მზად რამე ახალი შეისწავლოს.

„მნიშვნელოვანია ხანდაზმულმა ისწავლოს, რაც დროს შეავსებინებს და რაღაც ღირებულს გააკეთებინებს“ (80 წლის ქალი, ლანჩხუთი).

6.4. მდგომარეობის გაუმჯობესების გზები

პასუხად კითხვაზე, თუ რა უნდა გაკეთდეს მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად, რესპონდენტმა წამოაყენეს მთელი რიგი წინადადებები. ისინი უპირველესად ეხებოდა სახელმწიფო პოლიტიკას და, ისევე და ისევე, ეკონომიკური მდგომარეობის გაუმჯობესებას.

ცხრილი 13. მდგომარეობის გაუმჯობესების გზები

აქტიობა	რაოდენობა
ეკონომიკური მდგომარეობის გაუმჯობესება	43
ყურადღება და ზრუნვა	13
წამლების ანაზღაურება	5
ხანდაზმულთა კლუბების გახსნა	4
სურდო-თარჯიმნით უზრუნველყოფა	3
დღის ცენტრების გახსნა	2
პროდუქტებზე ფასების შემცირება	2
მომვლელის დაფინანსება	2
ოჯახის წევრების დასაქმება	2
სიხალისე	2
სიმშვიდე	2
ტრანსპორტირების გაუმჯობესება	2
შინმოვლის სამსახური	2
დასაქმება	2
მედიკამენტებით უზრუნველყოფა	2
ცხოვრების ღირსეული პირობების შექმნა	1
ექიმის მომსახურება	1
დახმარება	1
საცხოვრებელი პირობების გაუმჯობესება	1
თეატრში, კინოში სიარულის შესაძლებლობა	1
დღის ცენტრების გახსნა	1
მოვლის სამსახური	1
მედიკამენტებზე ფასების დაკლება	1
საკვებ პროდუქტებზე ფასების დაკლება	1
მუშაობა, სამრეცხაოს გახსნა	1
განათლების ხელშეწყობა	1

„მიხედვა უნდა მოხუცებულებს. ყველა მოხუცდება და ვინც ახლა თანამდებობებზეა და არ ფიქრობს კარგი პირობები შეუქმნას მოხუცებს ცხოვრებისათვის, თვითონაც დაბერდება და მერე გვიან იჩენება ფიქრი. გადაწყვეტილებას მერე სხვა მიიღებს. სიკვდილს არ უნდა ნატრობდეს მოხუცი, არ უნდა შიოდეს და ციოდეს“ (78 წლის ქალი, ოზურგეთი).

„იყოს სამსახური, რომელიც მოაკითხავს მოხუცებს, მოუვლის, დაულაგებს, საჭმელს გაუკეთებს, გაასეირნებს, ესაუბრება“ (92 წლის კაცი, ზუგდიდი).

კვლევის თვისებრივი ნაწილის ანალიზის დასკვნის სახით შეიძლება ითქვას, რომ ხანდაზმულთა ძირითად საჭიროებას ეკონომიკური მდგომარეობის გაუმჯობესება წარმოადგენს. ჯანდაცვის სფეროში ისინი საჭიროებენ კვლევების დაფინანსებას და მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდას. მწვავედ დგას მომვლელის საკითხიც. ბევრი რესპონდენტი საჭიროებს საყოფაცხოვრებო პირობების გაუმჯობესებას, მაგ. სველ წერტილს ბინაში.

ბევრი ხანდაზმული გრძნობს თავს გარიყულად, განიცდის ურთიერთობების დეფიციტს. შეზღუდვების გამო, მას სხვების არ ესმის ან ვერ მიდის სხვების სანახავად. ურთიერთობის დეფიციტი ვრცელდება ასევე ოჯახის წევრებზე, რომელთა დიდი ნაწილი, სხვა ქალაქში ან სულაც სხვა ქვეყანაში ცხოვრობს.

ხანდაზმულები გულნაკლული არიან სახელმწიფოს მხრიდან უყურადღებობით. ისინი, შესაძლებლობის ფარგლებში, თვალყურს ადევნებენ ქვეყანაში მიმდინარე მოვლენებს, განიხილავენ მათ ახლობლებთან, დადიან არჩევნებზე.

გამოკითხულთა ნახევარი უარყოფითად აფასებს საკუთარ სიბერეს. თუმცა, ასევე ბევრი აღიქვამს სიბერეს, როგორც გარდაუვალ მოვლენას.

7. ხანდაზმულებზე მიმართული ეროვნული და მუნიციპალური პროგრამები

2019 წელს სახელმწიფოს მიერ დაფინანსდა ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სულ 45 პროგრამა, აქედან ჯანმრთელობის დაცვას ეხება 26 პროგრამა, სოციალურ დაცვას 14 პროგრამა და სახელმწიფო გასაცემლებს 5 პროგრამა. აჯანდაცვის სფეროს პროგრამებიდან ხანდაზმულებისათვის ხელმისაწვდომია 16, სოციალური დაცვის პროგრამებიდან 5 და სახელმწიფო გასაცემლებიდან 5 პროგრამა. სამიზნე ჯგუფად ხანდაზმულები გამოყოფილია აჯანდაცვის 2, სოციალური დაცვის 3 და სახელმწიფო გასაცემლების 3 პროგრამაში.

ამდენად, ხანდაზმულებს შეუძლიათ 26 სახელმწიფო პროგრამით სარგებლობა, რომელთაგანაც ისინი 8 პროგრამის სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენენ. ქვემოთ ჩამოთვლილია ის სახელმწიფო პროგრამები, რომლებიც ხანდაზმულებისათვის არის ხელმისაწვდომი.

სახელმწიფოს მიერ ამ პროგრამების მიხედვით ხანდაზმულებზე დანახარჯების ანალიზი სცილდება კვლევის ფარგლებს და ამიტომ აქ არ არის წარმოდგენილი; თუმცა ძალზე მნიშვნელოვანია იმის დათვლა, თუ რა უფდება სახელმწიფოს ხანდაზმულთა მხარდაჭერა და ამ გაანგარიშების საფუძველზე იმის განსაზღვრა, თუ რამდენადაა შესაძლებელი ხარჯების შემცირება აქტიური ხანდაზმულობის კონცეფციის შემუშავებისა და განხორციელების შედეგად.

ცხრილი 14. ხანდაზმულებისათვის ხელმისაწვდომი სახელმწიფო პროგრამები

	პროგრამა	სულ რაოდენობა	ხანდაზმულებისათვის ხელმისაწვდომი და მათზე გათვლილი	
			ხელმისაწვდომი	გათვლილი
1	აჯანდაცვის პროგრამები	26	16	2
2	სოციალური დაცვის პროგრამები	14	5	3
3	სახელმწიფო გასაცემლები	5	5	2
	სულ	45	26	7

ცხრილი 15. ხანდაზმულებისათვის ხელმისაწვდომი სახელმწიფო პროგრამების დასახელებები

#	პროგრამა/ქვეპროგრამა	ხანდაზმულებს შეუძლიათ სარგებლობა	ხანდაზმულები ერთ-ერთი მიზნობრივი ჯგუფი	სულ
1	საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვა	X		
2	ს ჰეპატიტის მართვა	X		
3	დაავადებათა ადრეული გამოვლენა და სკრინინგი	X		
4	იმუნიზაცია	X		
5	ტუბერკულოზის მართვა	X		
6	აივ-ინფექციის/შიდსის მართვა	X		
7	ნარკომანიით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობა	X		

8	ფსიქიკური ჯანმრთელობა	X		
9	დიაბეტის მართვა	X		
10	დიალიზი და თირკმლის ტრანსპლანტაცია	X		
11	ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა		X	
12	იშვიათი დაავადებების მქონე და მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას დაქვემდებარებულ პაციენტთა მკურნალობა	X		
13	სასწრაფო გადაუდებელი დახმარება და სამედიცინო ტრანსპორტირება	X		
14	სოფლის ექიმი	X		
15	რეფერალური მომსახურება	X		
16	ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფა		X	
	სულ	12	2	14
17	რეაბილიტაციის და დამხმარე საშუალებებით უზრუნველყოფის პროგრამები			
18	ომის მონაწილეთა რეაბილიტაციის ხელშეწყობის ქვეპროგრამა	X		
19	დამხმარე საშუალებებით უზრუნველყოფის ქვეპროგრამა – ხანდაზმულთა და შშმ პირთა ფუნქციური დამოუკიდებლობის ამაღლება		X	
20	ყრუთა კომუნიკაციის ხელშეწყობა სურდო-თარჯიმნით უზრუნველყოფის მეშვეობით	X		
21	სათემო ორგანიზაციების მომსახურებით უზრუნველყოფა		X	
	სულ	4	2	6
	ფინანსური დახმარება			
22	სახელმწიფო კომპენსაცია		X	
23	სახელმწიფო სუბსიდია		X	
24	საარსებო შემწეობა	X		
25	სოციალური პაკეტი	X		

26	სოციალური პაკეტი შშმ პირებისათვის	X		
	სულ	3	2	5
	სულ	19	7	26

გარდა ეროვნული სახელმწიფო პროგრამებისა ცალკეული მუნიციპალიტეტები, თავის შესაძლებლობების ფარგლებში, ახორციელებენ სოციალურ პროგრამებს, რომელთა მოსარგებლებები ხანდაზმულებიც არიან.

კვლევის ფარგლებში საქართველოს ყველა მუნიციპალიტეტში გაიგზავნა ანკეტა. ანკეტის კითხვები ეხებოდა ხანდაზმულებზე მიმართულ მუნიციპალიტეტის პროგრამებს, მათ ბენეფიციარებს, ბენეფიციართა შერჩევის კრიტერიუმებს, თანადაფინანსებას ასეთის არსებობის შემთხვევაში და ბენეფიციართა რაოდენობას. სამწუხაროდ, მიუხედავად მრავალჯერადი შეხსენებისა, პასუხები მიღებულ იქნა 63-დან მხოლოდ 37 მუნიციპალიტეტიდან. ამასთან, ანკეტები ერთგვაროვნად არ იყო შევსებული, ზოგში ჩამოთვლილი იყო მუნიციპალიტეტის ყველა პროგრამა და რთული აღმოჩნდა იმის გარჩევა, თუ რომლით სარგებლობდნენ ხანდაზმულები.

ჩვენ შევეცადეთ სამად დაგვეჯგუფებინა პროგრამები. ეს ჯგუფებია: პროგრამები, რომლებიც ფინანსურ დახმარებას გულისხმობენ; ჯანმრთელობის დაცვის ხარჯების დაფარვაზე გათვლილი პროგრამები და საყოფაცხოვრებო საკითხების მოგვარებაზე ორიენტირებული პროგრამები.

ცხრილი 16. მუნიციპალური პროგრამების სტრუქტურა

	პროგრამა	რაოდენობა
1	ფინანსური დახმარება	61
2	ჯანმრთელობის დაცვის ხარჯების დაფარვა	34
3	საყოფაცხოვრებო ხარჯების დაფარვა	32
	სულ	127

ცხრილიდან ჩანს, რომ ყველაზე მეტი პროგრამა ეხება ფინანსურ დახმარებას, ეს ყველაზე ხშირად არის ერთჯერადი დახმარება. ბევრ მუნიციპალიტეტს აქვს 100 წელს მიღწეულ პირთა ერთჯერადი დახმარების პროგრამა.

ჯანმრთელობის დაცვის ხარჯების პროგრამები მოიცავს მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამებს, სამედიცინო გამოკვლევების ხარჯების დაფარვის პროგრამას და 5 მუნიციპალიტეტში შინმოვლის ხარჯებს.

საყოფაცხოვრებო ხარჯების დაფარვის პროგრამაში ხშირია კომუნალური გადასახადების დაფარვის პროგრამები, უფასო სასადილოების დაფინანსება და რიტუალური ხარჯების დაფარვის პროგრამები.

17 მუნიციპალიტეტი ახორციელებს სახელმწიფოსა (ჯანმრთელობის საყოველთაო პროგრამა) და სხვადასხვა დონორის მიერ განხორციელებულ პროგრამათა თანადაფინანსებას, სულ 23 პროგრამა. ეს პროგრამები ხშირად ეხება დღის ცენტრების ფუნქციონირებას. აღსანიშნავია ტყიბულის მუნიციპალიტეტის პროგრამა, რომელიც გულისხმობს მარტოხელა ხანდაზმულების ჰიგიენურ-სანიტარულ მომსახურებას. მუნიციპალიტეტს შექმნილი აქვს მიკროავტობუსი, რომელშიც დამონტაჟებულია საყოფაცხოვრებო ტექნიკა. ავტობუსს 3 ადამიანი ემსახურება. ავტობუსი ახორციელებს თვეში 4 ვიზიტს თვითოეულ ბენეფიციართან. სერვისით სარგებლობს 30 ხანდაზმული. ასევე საინტერესოა მესტიის მუნიციპალიტეტის ინიციატივა. თვეში ორჯერ შინმოვლის პროფესიონალები კონსულტაციას უწევენ მძიმე ავადმყოფების მომვლელებს ოჯახში. მათი ვიზიტი თვეში ორჯერ ხორციელდება.

30 მუნიციპალიტეტში მოქმედებს პროგრამები, რომლებიც სპეციალურად ხანდაზმულებისთვის არ არის გამიზნული, მაგრამ ამ პროგრამებით სარგებლობა ხანდაზმულებსაც შეუძლიათ. ეს პროგრამებიც ძირითადად ეხება ერთჯერადად ფინანსური დახმარების განევას, ჯანმრთელობის სერვისების დაფინანსებას, მედიკამენტებით უზრუნველყოფას, უფასო სასადილოებს. მსგავსი პროგრამებიდან აღსანიშნავია ფოთში უსინათლოთა წნევის გასაზომი ხმოვანი აპარატით უზრუნველყოფა, გორის მუნიციპალიტეტის სოფელ ნიქოზის ხანდაზმულების ცხელი სადილით უზრუნველყოფა მონალისეთა მიერ.

სახელმწიფო და მუნიციპალური პროგრამების ანალიზი ამკარად მიუთითებს ფინანსური დახმარების პრევალირებაზე, მაშინაც როდესაც ეს ეხება ჯანდაცვის სერვისებით სარგებლობას. ხა-

ნდაზმულები მუნიციპალიტეტებს მიმართავენ საყოველთაო ჯანმრთელობის პროგრამით სარგებლობისათვის პირადი შენატანების დაფინანსების მიზნით და მედიკამენტებით უზრუნველსაყოფად. ფაქტიურად სხვა სახის დახმარება და სერვისები ნაკლებად არის განვითარებული. ყველა ეს სერვისი ბენეფიციართა ძალზე მცირე რაოდენობას ფარავს.

ცხრილი 17. ხანდაზმულებზე მიმართულ პროგრამებთან დაკავშირებული პრობლემები, რომლებსაც მუნიციპალიტეტები ასახელებენ

	პრობლემა	მუნიციპალიტეტი	პრობლემა	გამოსწორება
1.	არ ფარავს ხანდაზმულთა ყველა კატეგორიას	კასპი	ერთჯერადი ფულადი დახმარება	ეტაპობრივად ყველა კატეგორიის ჩართვა ევროსტანდარტების მიხედვით
2.	ბენეფიციართა მცირე რაოდენობა	ცაგერი	ხანდაზმულთა ერთჯერადი ფულადი დახმარება	ბიუჯეტის გაზრდა
3.	ბენეფიციართა მცირე რაოდენობა	სენაკი	ხანდაზმულთა ერთჯერადი ფულადი დახმარება	ბიუჯეტის გაზრდა
4.	ბენეფიციართა მცირე რაოდენობა	აბაშა	ხანდაზმულთა ერთჯერადი ფულადი დახმარება	ბიუჯეტის გაზრდა
5.	ბენეფიციართა მცირე რაოდენობა	მარტვილი	ხანდაზმულთა ერთჯერადი ფულადი დახმარება	ბიუჯეტის გაზრდა
6.	ბენეფიციართა მცირე რაოდენობა	ბორჯომი	ხანდაზმულთა ერთჯერადი ფულადი დახმარება	ბიუჯეტის გაზრდა
7.	ბენეფიციართა მცირე რაოდენობა	გარდაბანი	ხანდაზმულთა ერთჯერადი ფულადი დახმარება	ბიუჯეტის გაზრდა
8.	ბენეფიციართა მცირე რაოდენობა	თბილისი	შინმოვლის პროგრამა	ბიუჯეტის გაზრდა
9.	კერძების ერთფეროვნება	ჩხორონყუ	მოქალაქეთა ერთჯერადი სადილით უზრუნველყოფა	დაფინანსების გაზრდა
10.	ბინით უზრუნველყოფა	ჩხორონყუ	ბინით უზრუნველყოფა	თავშესაფრის აშენება
11.	ცხელი სადილით უზრუნველყოფა	დმანისი	ცხელი სადილით უზრუნველყოფა	სერვისის ბინაზე მიწოდება

დასკვნის სახით, შეგვიძლია ვთქვათ, რომ მუნიციპალიტეტებიდან მიღებული ინფორმაციის მიხედვით, ყველაზე ხშირად ხდება ხანდაზმულთა ერთჯერადი ფინანსური დახმარება, ჯანდაცვის სერვისების დაფინანსება, მედიკამენტებით უზრუნველყოფა. უფრო იშვიათია ისეთი სერვისების მიწოდება, როგორცაა უფასო სასადილო, შინმოვლა, დღის ცენტრები, ტრანსპორტით უზრუნველყოფა, კომუნალური გადასახადების დაფარვა, ასისტენტის მომსახურება, რიტუალური მომსახურება, თავშესაფარი, რეაბილიტაცია, მოხუცთა სახლი, სოციალური სამრეცხაო. ძალზე სასარგებლოა მობილური ჯგუფებით მომსახურება, რომელსაც ხანდაზმულებს სთავაზობენ ტყიბულის, ქედისა და ზუგდიდის მუნიციპალიტეტები. ეს არის საყოფაცხოვრებო ტექნიკით აღჭურვილი მიკროავტობუსი, რომელსაც 3 ადამიანი – მძღოლი, შინმოვლის სპეციალისტი და ექიმი – ემსახურება. მათ ეხმარებიან ადგილობრივი მოხალისეები. მობილური ჯგუფის მიერ ხდება ხანდაზმულის მონესრიგება, სარეცხის გარეცხვა, ეზოსა და სახლის მოვლა, სამედიცინო კონსულტაცია.

გორის მუნიციპალიტეტის მიერ ხორციელდება სოფ.ნიქოზის მაცხოვრებლებისათვის ცხელი სადილის მიწოდების პროგრამა, სოფ.სკრის მაცხოვრებლებისათვის კი მოქმედებს მოძრავი სამრეცხაო. ფოთის მუნიციპალიტეტი მხედველობადაქვეითებული პირებისათვის იძენს წნევის გამზომ ხმოვან აპარატს. ბათუმის მუნიციპალიტეტი კი აფინანსებს სტომატოლოგიურ და ორთოპედიულ მკურნალობას.

ზემოთ ჩამოთვლილი პროგრამების მცირე ბიუჯეტი არ იძლევა არც სერვისების მრავალფეროვნების და არც სერვისებით ხანდაზმულთა დიდი რაოდენობის უზრუნველყოფის შესაძლებლობას.

8. დასკვნები და რეკომენდაციები

საქართველო დაბერებად ერებს მიეკუთვნება, რაც იმას ნიშნავს, რომ სოციალურ პოლიტიკაში ხანდაზმულთა საკითხების გათვალისწინება კიდევ უფრო მეტ მნიშვნელობას იძენს.

ხანდაზმულთა თემატიკა ასახულია საქართველოს მთავრობის მიერ ბოლო პერიოდში შექმნილ სახელმწიფო დოკუმენტებში, რომელიც ქვეყანაში სოციალური პოლიტიკის ძირითად მიმართულებებს ეხება. თუმცა, მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს ამ დოკუმენტების განხორციელება. შესაბამისად, პრაქტიკული ნაბიჯები ხანდაზმულთა კეთილდღეობის გასაუმჯობესებლად და მათთვის ინკლუზიური და მხარდამჭერი გარემოს შესაქმნელად, ნაკლებად გვხვდება. ამ თვალსაზრისით, მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს სახელმწიფოს მიერ შემუშავებული დოკუმენტების (სტრატეგიები, კონცეფციები, სამოქმედო გეგმები) სიცოცხლიუნარიანობა, რადგან ხშირად ეს დოკუმენტები არ არის დაკავშირებული საჭირო მატერიალურ და ადამიანურ რესურსთან, არ ხდება მათი დროულად განვითარება-დამტკიცება და ისინი არ წარმოადგენს მულტისექტორული თანამშრომლობის შედეგს.

ხანდაზმულთა თემატიკა ზოგადი სახით ასახულია საქართველოს ადგილობრივი მთავრობების სოციალურ პოლიტიკაში; იშვიათი გამოჩენის გარდა, ადგილობრივი მთავრობების ბიუჯეტი არ ითვალისწინებს ხანდაზმულთა მიზნობრივ პროგრამებს. ადგილობრივი მთავრობების სოციალური პროგრამები ხანდაზმულებს განიხილავს როგორც ერთ-ერთ მონყვლად ჯგუფს და სთავაზობს მათ იგივე მომსახურებებს, რაც ხელმისაწვდომია სხვა მონყვლადი ჯგუფებისთვის (უმრავლეს შემთხვევაში, ერთჯერადი ფინანსური დახმარება, ჯანდაცვის სერვისების დაფინანსება, მედიკამენტებით უზრუნველყოფა). ეს მიდგომა ყურადღების მიღმა ტოვებს იმ სპეციფიკურ ფსიქო-სოციალურ საჭიროებებს, რომელიც ხანდაზმულებისთვის არის დამახასიათებელი.

საქართველოში ხანდაზმული მოსახლეობის უმრავლესობა ეკონომიკურ დეპრივაციას განიცდის. ხანდაზმულთა დიდ ნაწილს არ აქვს საკმარისი შემოსავალი იმისათვის, რომ ძირითადი მატერიალური მოთხოვნილებები დაიკმაყოფილოს. უმავლეს შემთხვევაში, მათი შემოსავლის ძირითად წყაროს პენსია წარმოადგენს. ხანდაზმულთა ეკონომიკური აქტიურობა ძალიან დაბალია, რადგან არ არსებობს მათ საჭიროებებზე მორგებული დასაქმების შესაძლებლობა. ხშირ შემთხვევაში დაუქმყოფილებელი რჩება ხანდაზმულთა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული მოთხოვნილებები – ძირითადად, შემდეგი მიზეზების გამო:

საჭირო სამედიცინო მომსახურების სრულად მისაღებად მათ უწევთ სამედიცინო ხარჯების ნაწილის საკუთარი სახსრებით დაფარვა, განსაკუთრებით მედიკამენტების შეძენისას – ჯანმრთელობის გაუარესების ბუნებრივი პროცესი, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფონზეც კი, მეტ დანახარჯს მოითხოვს სამედიცინო მომსახურებაში გარკვეული წილის გადასახდელად, დიაგნოსტიკის ხარჯებისათვის და მედიკამენტების შესაძენად; ეს კი მძიმე ტვირთად აწევა ხანდაზმულებსა და მათ ოჯახებს.

სამედიცინო მომსახურებების მიღებას ართულებას მათ საჭიროებებზე ცუდად მორგებული ინფრასტრუქტურა – განსაკუთრებით რეგიონებში. ქუჩები, მინისზედა და მინისქვეშა გადასასვლელები, საზოგადოებრივი ტრანსპორტი ხშირად შეუძლებელს ხდის ხანდაზმულთა გადაადგილებას.

ხშირად ხანდაზმულები არ არიან ინფორმირებულნი სპეციფიკურად ამ ასაკობრივი ჯგუფისთვის შექმნილი უფასო სამედიცინო მომსახურებების შესახებ. ძალიან მცირე ნაწილი სარგებლობს სრულყოფილად მათთვის არსებული სამედიცინო მომსახურებით; არსებული უფასო სამედიცინო მომსახურებების შესახებ ყველაზე ხშირად ინფორმაციას იღებენ მეგობრებისა და მეზობლებისგან, თითქმის არასდროს – ექიმებისა და სახელმწიფო სტრუქტურების წარმომადგენლებისგან

ზოგად პრობლემას წარმოადგენს ხანდაზმულთა სოციალური იზოლაცია, რასაც აღრმავებს მათი მატერიალური პრობლემები, მათ საჭიროებებზე ცუდად მორგებული ინფრასტრუქტურა და ეკონომიკური პასიურობა. აღნიშნულიდან გამომდინარე, ისინი ეწევიან კარჩაკეტილ ცხოვრებას, რაც ხელს უწყობს, როგორც სოციალური, ისე ფსიქოლოგიური პრობლემების გაღრმავებას. კომუნიკაცია შემოიფარგლება მეზობლებთან და ოჯახის წევრებთან ურთიერთობით. კვლევამ აჩვენა, რომ უმრავლესობა თვალყურს არ ადევნებს ქვეყანაში მიმდინარე მოვლენებს; თუმცა, დაინტერესებულნი არიან ისეთი დასაქმებით, რომელიც მათ ასაკობრივ თავისებურებებს ითვალისწინებს. დიდი ნაწილი ითხოვს სახელმწიფოსგან უფრო მეტ ყურადღებასა და ზრუნვას, ვიდრე იღებს.

ფსიქო-სოციალური განვითარების თეორიების მიხედვით, ხანდაზმულობა ადამიანის სასიცოცხლო ციკლის ბოლო ეტაპს წარმოადგენს – ხანდაზმული ადამიანები, როგორც წესი, აღარ წარმოადგენენ სამუშაო ძალას, მათ აღარ აქვთ კარიერული მისწრაფებები და მათი გუნება-განწყობილება განისაზღვრება იმით, თუ როგორ აფასებენ ისინი განვლილ ცხოვრებას. ცხოვრების ამ ეტაპზე ზოგი ირჩევს ცხოვრებისგან განრიდებას, საკუთარ თავში ჩაკეტვას, კარგავს ინტერესს მოვლენების მიმართ და ფიქრობს, რომ დასვენებას იმსახურებს. ხანდაზმულთა მეორე ნაწილი კი ცდილობს შეინარჩუნოს აქტივობის დონე, ჩართულია, როგორც საზოგადოების, ასევე საკუთარი ოჯახის საქმიანობაში. ამ არჩევანს ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან ერთად, სოციალური კონტაქტები და პიროვნული მახასიათებლები განაპირობებს. კომპეტენტიურობის განცდა, მაღალი თვითშეფასება, მოვლენებზე კონტროლის განხორციელების განცდა ის ფაქტორებია, რომლებიც დადებითად მოქმედებს ჯანმრთელობასა და სოციალურ ფუნქციონირებაზე.

კვლევამ აჩვენა, რომ ხანდაზმულთა დიდი ნაწილი თავს ბედნიერად არ გრძნობს; პირიქით, ისინი თავს უსუსურად გრძნობენ, თვლიან რომ „ზედმეტ ტვირთად“ აწვებიან ოჯახს. ხანდაზმულების ფსიქოლოგიური პრობლემებისა და სოციალური აპათიის ახსნა შესაძლებელია ადამიანის განვითარების იმ თეორიებით, რომლებიც განვითარების ტრანექტორიას მოთხოვნილებათა იერარქიას უკავშირებენ. აბრაამ მასლოუს მოთხოვნილებათა იერარქიის პირამიდის თეორიის მიხედვით, თვითაქტუალიზაციისა და ეფექტური სოციალური ფუნქციონირებისთვის ადამიანმა უნდა გაიაროს მოთხოვნილებათა იერარქია – მაღალი დონის მოთხოვნილებები (როგორცაა სიყვარულის, აღიარებისა და თვითრეალიზაციის მოთხოვნილება) ადამიანს უჩნდება მხოლოდ მაშინ, როდესაც დაკმაყოფილებული აქვს ბაზისური მოთხოვნილებები (როგორცაა ფიზიოლოგიური და უსაფრთხოების მოთხოვნილება). საქართველოში მცხოვრები ხანდაზმულების დიდი ნაწილი ამ ციკლის გავლის შემდეგ, კვლავ პირამიდის ქვედა ნაწილში ბრუნდება – მთელი სიცოცხლის განმავლობაში სწავლისა და მუშაობის, ანუ იერარქიულად ყველაზე მაღალი, თვითრეალიზაციის მოთხოვნილების დაკმაყოფილების შემდეგ, ისინი კვლავ ბრუნდებიან სანყის ეტაპზე, როდესაც ბაზისური მოთხოვნილებები დაუკმაყოფილებელია და მათ ფიზიკური გადარჩენისათვის ბრძოლა უწევთ. ამ ბრძოლაში მათი წარუმატებლობა აისახება დეპრესიის მაღალ დონეში, რაც, თავის მხრივ, ზრდის ჯანმრთელობის გაუარესების რისკს.

კვლევამ აჩვენა, რომ დეპრესია ხანდაზმულობის ერთ-ერთ დამახასიათებელ ნიშანს წარმოადგენს – კვლევის მონაწილეთა მნიშვნელოვანი ნაწილი განიცდიდა დეპრესიას. სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება არ გამოიკვეთა ქალებსა და კაცებს შორის; თუმცა, მნიშვნელოვანი იყო განსხვავება შეზღუდვის მიხედვით – დეპრესიის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი აღინიშნა მხედველობის პრობლემების მქონე პირებს, შემდეგ მათ, ვისაც გადაადგილება უჭირს, ამ ჯგუფს მისდევს სმენის პრობლემების მქონე პირები და ბოლოს, მესხირების პრობლემების მქონე პირები.

ხშირ შემთხვევაში, ასაკთან ერთად ჯანმრთელობა სხვადასხვა მიმართულებით უარესდება; რის გამოც ხანდაზმულებს უჭირთ დამოუკიდებელი ფუნქციონირება. როგორც კვლევამ აჩვენა, ყველაზე მეტად ხანდაზმულებს უჭირთ დამოუკიდებლად ჩაცმა, ბანაობა, გადაადგილება, კიბეზე ასვლა-ჩასვლა. აღნიშნულის გამო, ხანდაზმულები ხშირად დახმარებას საჭიროებენ თვითმოვლასა და საოჯახო საქმეებში. კვლევამ აჩვენა, რომ ხანდაზმულები დასახმარებლად ყველაზე ხშირად მიმართავენ ოჯახის წევრებს. მოცემული მდგომარეობის გამო, განსაკუთრებით საყურადღებოა მარტოხელა ხანდაზმულების მდგომარეობა, რომელთა კეთილდღეობა ხშირად მეზობლების სიკეთესა და გულმონყალებაზეა დამოკიდებული.

სამედიცინო და სოციალურ სისტემის წარმომადგენლები ნაკლებად ფლობენ ინფორმაციას ხანდაზმულთა საჭიროებების შესახებ და ნაკლებად ითვისებენ თავიანთ საქმიანობაში. მოხალისეების მუშაობა ხანდაზმულებთან – გერონტოლოგიაში ერთ-ერთი ფართოდ გავრცელებული მიდგომა – ნაკლებდ განიხილება საქართველოში ხანდაზმულებთან მუშაობის დაგეგმვისას.

ხანდაზმულთა მიმართ სახელმწიფო პოლიტიკა ნაკლებად ითვისებენ გენდერულ საკითხებს – დაბერების პროცესი განსხვავებულად მიმდინარეობს ქალებსა და მამაკაცებში. სენსორული ფუნქციების შესუსტება უფრო კაცებთან არის გამოკვეთილი, ისინი ქალებზე უფრო ადრეულ ასაკში იწყებენ სათვალის მოხმარებას, სმენასთან დაკავშირებულ პრობლემებსაც უფრო მეტად მამაკაცებთან ვხვდებით, მაშინ როდესაც მოტეხილობები, განსაკუთრებით კი ბარძაყის, ქალებთან უფრო გავრცელებულია. მამაკაცები ქალებზე უფრო მეტად განიცდიან სოციალურ იზოლაციას, ნაკლებად ახდენენ თავისი გრძნობების გაზიარებას, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, თუ მეუღლე არ ჰყავთ. ამასთანავე, უნდა აღინიშნოს, რომ ქალებისა და მამაკაცებისთვის განსხვავებული საპენსიო ასაკის დადგენა – ქალებისთვის 60, ხოლო მამაკაცებისთვის 65 – გარკვეულწილად დისკრიმინაციულ მიდგომად შეიძლება ჩაითვალოს. დაგროვებითი პენსიის შემთხვევაში, ქალებს 5 წლით ნაკლები დრო აქვთ პენსიის დაგროვებისათვის და მეტი დრო მისი დახარჯვისთვის, რადგან მათი სიცოცხლის ხანგრძლივობა საშუალოდ აღემატება მამაკაცისას.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, საქართველოში აქტიური დაბერებისა და ხანდაზმულთა კეთილდღეობის გაუმჯობესების მიმართულებით, მნიშვნელოვანია შემდეგი ნაბიჯების გადადგმა:

- გაეროს მდგრადი განვითარების მიზნებისა და მადრიდის საერთაშორისო სამოქმედო გეგმის შესაბამისად საქართველოს მთავრობის მიერ შემუშავებული დოკუმენტების რეგულარულად განახლება და რაც ყველაზე მთავარია, მათი სიცოცხლისუნარიანობის უზრუნველყოფა – ამისთვის კი აუცილებელია დოკუმენტების დაკავშირება კონკრეტულ ფინანსურ და ადამიანურ რესურსებთან, უწყებათაშორისი კოორდინაციის გაუმჯობესება და დაგეგმილი საქმიანობის განხორციელების მონიტორინგის ეფექტური მექანიზმების შემუშავება.
- ხანდაზმულებთან დაკავშირებულ სამედიცინო პროგრამებში, პიროვნების მიერ გადახდილი წილის მაქსიმალურად შემცირება – პროგრამის შინაარსისა და გამოწვევების დადგენის დროს, ხანდაზმულთა ეკონომიკური, ფსიქო-სოციალური და გენდერული ფაქტორების მაქსიმალურად გათვალისწინება.
- ხანდაზმულებისთვის არსებული უფასო სამედიცინო და სოციალური მომსახურებების შესახებ ხანდაზმულთა რეგულარული ინფორმირება მათთვის სასურველი გზით, ეს შეიძლება იყოს სამედიცინო დაწესებულებიდან ტელეფონით მიღებული ინფორმაცია, ბანკში პენსიის აღების დროს მიღებული საინფორმაციო ფურცელი და სხვ.
- ცენტრალური და ადგილობრივი მთავრობების პროგრამებში ხანდაზმულთა ჯანმრთელობის დაცვის თემასთან ერთად, მათი სოციალური და ეკონომიკური კეთილდღეობის მნიშვნელობის გაზრდა – იმ ღონისძიებების დაგეგმვა, რომელიც ხელს შეუწყობს ხანდაზმულთა სოციალურ და ეკონომიკურ აქტიურობას. რეგიონულ დონეზე, ადგილობრივ ხანდაზმულთა საჭიროებაზე მორგებული მიზნობრივი პროგრამების შემუშავება. ამ მიმართულებით, მეტად მნიშვნელოვანია მუნიციპალიტეტებს შორის თანამშრომლობის გაძლიერება – უკვე არსებული პროგრამებისა და საუკეთესო პრაქტიკების გაზიარება. რეკომენდებულია გაკეთდეს კლუბები, სადაც ხანდაზმულებს მიეცემათ თანატოლებთან და ასევე, ახალგაზრდა თაობასთან ურთიერთობის შესაძლებლობა, მათთვის საინტერესო აქტივობით დაკავება. ამის კარგ მაგალითს წარმოადგენს წნორში არსებული კლუბი, სადაც რეგულარულად ხდება სხვადასხვა თაობების შეკრება. ამგვარი ინიციატივის ავტორი შეიძლება იყოს როგორც მუნიციპალიტეტი, ასევე არასამთავრობო ორგანიზაცია ან ინდივიდთა ჯგუფი. მსაგავსი პრაქტიკა ხელს შეუწყობს როგორც ხანდაზმულთა თანატოლებთან კომუნიკაციის, ასევე თაობათა შორის სოლიდარობას.
- ხანდაზმულთა ეკონომიკური მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით მნიშვნელოვანია: (1) ასაკობრივი პენსიის რეგულარული გაზრდა ქვეყანაში მიმდინარე ინფლაციის გათვალისწინებით და (2) ხანდაზმულთა ეკონომიკური აქტიურობის ხელშეწყობა მათთვის ასაკის შესაბამისი დასაქმების შესაძლებლობების შექმნით. სასურველია ხანდაზმულების სახელმწიფო პოლიტიკა ორი მიმართულებით განვითარდეს: (1) ორ ან მეტ თაობიან ოჯახში მცხოვრებ პირებზე მიმართული პოლიტიკა – მიმართული უნდა იყოს ოჯახის გაძლიერებაზე; ეს შეიძლება გულისხმობდეს ოჯახის წევრის დასაქმების ხელშეწყობას, შინმოვლის სპეციალისტების კონსულტაციას ხანდაზმულის მომვლელისათვის, შინმოვლის სერვისს, საკვები პროდუქტებით უზრუნველყოფას; (2) მარტო ან მეუღლესთან ერთად მცხოვრებ ხანდაზმულებზე მიმართული პროგრამები – რომლებიც უნდა მოიცავდეს საჭიროების მიხედვით ხანდაზმულთა სახლში დაბინავებას, ცხელი სადილის ადგილზე მიტანას, ტრანსპორტირებას, მობილური ჯგუფების მიერ ჰიგიენურ მომსახურებას. ბავშვთა კეთილდღეობის სისტემაში გამოყენებული ოჯახის გაძლიერების მიდგომის მსგავსად, მნიშვნელოვანია, მატერიალური პრობლემების მქონე იმ ოჯახების გაძლიერება, რომლებშიც ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ხანდაზმულები ცხოვრობენ. ეს მიდგომა ხელს შეუწყობს ხანდაზმულთა მიმართ ძალადობისა და მათი მიტოვების პრევენციას.
- ხანდაზმულების საჭიროებებზე მორგებული გარემოს შექმნა – გადაადგილებისა და სენსორული შეზღუდვების მქონე პირებზე მორგებული ტრანსპორტისა და ინფრასტრუქტურის შექმნა. მნიშვნელოვანია გამარტივდეს ხანდაზმულთა დამოუკიდებლად გადაადგილების შესაძლებლობა. ეს გულისხმობს არა მხოლოდ პანდუსების გაკეთებას და ტრანსპორტზე ასასვლელებს ეტლით მოსარგებლებისათვის, არამედ მხედველობის პრობლემების მქონე პირებზე გათვლილ წარწერებს ტრანსპორტში და საჯარო შენობებზე, დაბალ საფეხურებს, ტრანსპორტში გაჩერებების გამოცხადებას მხედველობა დაქვეითებულებისათვის, შუქნიშნების ხმოვან სიგნალს, მინისზედა გადასასვლელებს ან ესკალატორებს მინისქვეშა გადასასვლელებში. ასევე, მნიშვნელოვანია ხანდაზმულთათვის მისაღები გზით ინფორმაციის შეუზღუდავად მიწოდების უზრუნველყოფა. ყოველივე ეს შეესაბამება გაეროს შშმ პირთა უფლებების დაცვის კონვენციის შინაარსს, რომლის შესრულების საერთაშორისო ვალდებულება საქართველომ 2013 წელს აიღო ამ კონვენციის რატიფიკაციით.

- უნივერსიტეტების აკადემიურ პროგრამებში გერონტოლოგიის საგნების სწავლების გაძლიერება, რათა სამედიცინო და სოციალური სისტემის წარმომადგენლები უკეთ ერკვეოდნენ ხანდაზმულთა ფსიქო-სოციალურ თავისებურებებში. უნივერსიტეტებში ხანდაზმულთა საკითხებზე კვლევების წახალისება, რაც მნიშვნელოვანია მტკიცებულებაზე დამყარებული პოლიტიკის შექმნისათვის.
- ქვეყანაში გენდერულად განსხვავებული საპენსიო ასაკის დაწესების არსებული პრაქტიკის შესახებ მოსაზრებების შესწავლა და ფართო დისკუსიის წამოწყება.

ხანდაზმულთა ინტეგრაციის მნიშვნელოვან ხელისშემშლელ პირობას ხანდაზმულებთან დაკავშირებული სტერეოტიპები და სტიგმა წარმოადგენს. სტერეოტიპების შეცვლა რთული და ხანგრძლივი პროცესია, მაგრამ მიღწევადია. მნიშვნელოვანია დაიგეგმოს ქმედებები და გადაიდგას ნაბიჯები არსებული სტერეოტიპების შესაცვლელად, როგორც მედიაში, ასევე საგანმანათლებლო დაწესებულებებში. მნიშვნელოვანია ცნობიერების ამაღლების ღონისძიებების დაგეგმვა, რომლებიც ხანდაზმულებს წარმოაჩენს საზოგადოების აქტიურ წევრებად და შეცვლის მათ მიმართ დამოკიდებულებას.

მიმართულებები შემდგომი კვლევისთვის

ხანდაზმულთა საჭიროებებზე მორგებული სახელმწიფო პროგრამების შესაქმნელად და სახელმწიფო პოლიტიკაში ამ კუთხით მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მიდგომის განვითარებისთვის, მნიშვნელოვანია სამეცნიერო კვლევების განხორციელება შემდეგი მიმართულებით:

1. ხანდაზმულებზე ზრუნვის მოდელების შესწავლის უცხოური გამოცდილება, განსაკუთრებით საშუალო და მცირე შემოსავლების მქონე ქვეყნებში;
2. საპენსიო ასაკის დადგენის სისტემის საერთაშორისო გამოცდილება;
3. პენსიაზე გასვლის გავლენა ხანდაზმულთა ფსიქო-სოციალურ და ეკონომიკურ მდგომარეობაზე;
4. ხანდაზმულთა მიმართ არსებული დამოკიდებულებების შესწავლა მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფებში – ხანდაზულობასთან დაკავშირებული სტერეოტიპების კვლევა;
5. დამსაქმებელთა დამოკიდებულება ხანდაზმულთა დასაქმების შესაძლებლობების მიმართ;
6. ფაქტორები, რომლებიც გავლენას ახდენს სახელმწიფო დოკუმენტების (კონცეფცია, სტრატეგია, ეროვნული გეგმა) განხორციელებაზე;
7. ფაქტორები, რომლებიც გავლენას ახდენს ხანდაზმულთა ფსიქიკურ ჯანმრთლობაზე – გენდერული ანალიზი;
8. ხანდაზმულებზე ძალადობა – გამომწვევი მიზეზები და მისი შედეგები;
9. რას ნიშნავს წარმატებით დაბერება ხანდაზმულების პერსპექტივიდან.

9. მუნიციპალიტეტებში არსებული საუკეთესო პრაქტიკები

მობილური ჯგუფი ხანდაზმულებისთვის ზუგდიდის მუნიციპალიტეტში – ზუგდიდის მუნიციპალიტეტის მერიამ 2017 წლიდან დანერგა შინ მოვლის მომსახურება მუნიციპალიტეტში მცხოვრები ხანდაზმულებისთვის. შინ მოვლის მომსახურებას ახორციელებს მობილური ჯგუფი, რომლის წევრები არიან: ექიმი, მომვლელი ქალი, მძღოლი, რომელიც ძალისმიერ სამუშაოებს ითავსებს. პროგრამა ითვალისწინებს შემდეგი სახის მომსახურებებს:

- სამედიცინო მომსახურება;
- სანიტარულ-ჰიგიენური პირობების მონესრიგება;
- საკარმიდამო ნაკვეთის მონესრიგება;
- საკვები პროდუქტების მიწოდება(პერიოდულად);
- მედიკამენტების მიწოდება;
- სალონური მომსახურება;
- ფსიქო-ემოციური მხარდაჭერა;
- საინფორმაციო უზრუნველყოფა/კონსულტაცია სოციალურ, სამედიცინო და სხვა მუნიციპალური და სახელმწიფო პროგრამების შესახებ;
- ბენეფიციართა საჭიროებისამებრ სხვადასხვა სახის სამუშაოებს.

პროგრამაში ჩართვა შეუძლია მარტოხელა და მარტომცხოვრებ ხანდაზმულს, რომელსაც ფიზიკური ან ეკონომიკური მდგომარეობის გამო, არ შეუძლია იზრუნოს პირად ჰიგიენაზე, აქვს მოუწესრიგებელი საცხოვრებელი გარემო, პერიოდულად საჭიროებს სამედიცინო კონსულტაციას. პროგრამის წლიური ბიუჯეტი 22 000 ლარი. პროგრამის ბენეფიციართა რაოდენობა ყოველწლიურად იზრდება – 2017 წელს პროგრამა მოემსახურა მხოლოდ მარტომცხოვრებ 30 ხანდაზმულს, 2018 წლიდან – მარტოხელა და მარტომცხოვრებ 120 ხანდაზმულს, ხოლო 2019 წელს – 133 მარტოხელა და მარტომცხოვრებ ხანდაზმულს. მიმდინარე წელს პროგრამის მოსარგებლედ რეგისტრირებულია 100 მარტოხელა და მარტომცხოვრები ხანდაზმული.

ზემოჩამოთვლილი მომსახურებებიდან, როგორც მობილური ჯგუფი აღნიშნავს, ხანდაზმულთათვის ყველზე მნიშვნელოვანი ფსიქო-ემოციური მხარდაჭერაა; ხანდაზმულები მოკლებული არიან ყურადღების ცენტრში ყოფნას, იხსენებენ თავიანთ წარსულს, ყვებიან თუ რა აწუხებთ, რა საჭიროება აქვთ. მობილური ჯგუფის წევრები უწევენ ადვოკატირებას, თუკი არის ამის საჭიროება, აწვდიან ინფორმაციას მოქმედ მუნიციპალურ პროგრამებზე. ინდივიდუალური საჭიროებიდან გამომდინარე, ეხმარებიან არსებული პრობლემების მოგვარებაში – ეს შეიძლება იყოს პირადი ჰიგიენის მონესრიგება, საცხოვრებელი სახლის შეკეთება, სეზონურად მოსათიბი სამუშაოები, შეშის დეხერხვა და ა.შ.

ზუგდიდის მუნიციპალიტეტის მერიის 2020 წლის ბიუჯეტში გათვალისწინებულია თანხა შინმოვლის სერვისისთვის ინვენტარისა და მიკროავტობუსის გასაახლებლად. ასევე, გათვალისწინებულია თანხა ხანდაზმულთა საერთაშორისო დღის აღსანიშნავად.

დღის ცენტრი ხანდაზმულებისთვის ზუგდიდის მუნიციპალიტეტში – 2019 წლიდან ზუგდიდის მუნიციპალიტეტის მერიისა და ადგილობრივი არასამთავრობო ორგანიზაცია „თანაზიარი“-ს თანამშრომლობით, შეიქმნა ხანდაზმულთა დღის ცენტრი. დღევანდელი მონაცემებით, დღის ცენტრი ემსახურება 15 ბენეფიციარს. დღის ცენტრის მომსახურებაში ჩართვა შეუძლია ნებისმიერ ხანდაზმულს. დღის ცენტრში ბენეფიციარები მონაწილეობენ სხვადასხვა კულტურულ ღონისძიებებში, სწავლობენ ხელსაქმეს, აწყობენ საკუთარი ნაკეთობების გამოფენებს, პოეზიის და ხელოვნების საღამოებს, დღიან ექსკურსიებზე სხვა რეგიონებშიც და ა. შ.

დღის ცენტრი განთავსებულია შენობაში, რომელიც ზუგდიდის მუნიციპალიტეტის მერიის საკუთრებაა. დღის ცენტრის ფუნქციონირებისთვის მერიამ მოაწყო სველი წერტილები. დღის ცენტრისთვის გამოყოფილი ფართი შესაბამისად აღჭურვა არასამთავრობო ორგანიზაციამ „თანაზიარი“. პროექტი სრულდება 2020 წლის მარტში. თუმცა, ზუგდიდის მერია გეგმავს თანამშრომლობის გაგრძელებას – შექმნილია სპეციალური კომისია, რომელიც მუშაობს პროექტის სამართლებრივ და ფინანსურ გა-

მართვაზე. სამომავლო გეგმებში შედის სოციალური სანარმოს შექმნა, სადაც დასაქმებუნი დღის ცენტრის ხანდაზმული ბენეფიციარები, აუცილებელი ხელსაწყოებისა და ნედლეულის შექმნა; ასევე, იგეგმება კულტურული ღონისძიებების გამრავალფეროვნება.

არამობილური ხანდაზმულებისთვის შინმოვლის მომსახურება ქედაში – მომსახურება დაინერგა, როგორც პილოტური პროექტი „დახმარების ეროვნული ფონდი“-ის მიერ და დაფინანსდა – „საქართველოს არბაითერ სამართლებრივი ბუნდი“-ის მიერ პროექტი „არამობილური ხანდაზმულებისთვის შინმოვლის სერივისების უზრუნველყოფა-ქუთაისისა და აჭარის მაღალმთიან რაიონში“ ფარგლებში. პილოტური მომსახურება დაიწყო 2016 წელს და გულისხმობდა ქედაში მცხოვრები მარტოხელა ხანდაზმულებისთვის საჭირო მომსახურების შინ მიწოდებას. თანამშრომლობა ქედის მუნიციპალიტეტის გამგეობასთან (ახლა უკვე მერია) და განმახორციელებელ ორგანიზაციას შორის დაიწყო თანამშრომლობის მემორანდუმის გაფორმებით. მუნიციპალიტეტის ადმინისტრაციულ შენობაში გამოიყო სერვის ცენტრის ოთახი და ერთი თანამშრომელი, რომელსაც დაევალა საქმიანობის კოორდინაცია – სოციალური სამსახურებსა და არამობილურ ხანდაზმულთა შორის ინფორმაციის მიმოცვლა, ხანდაზმულთა საჭიროებებისა და მიმდინარე სახელმწიფო პროგრამების ეფექტურობის შესწავლა. ადგილობრივი შესაბამის სახელმწიფო და არასამთავრობო ორგანიზაციებთან კონსულტაციებით, განისაზღვრა ბენეფიციართა სია – პროექტის სამიზნე ჯგუფი: არამობილური, მარტოხელა და სოციალურად დაუცველი ხანდაზმულები. პროგრამაში ჩართული იყო 13 მოხალისე – შემუშავებული იყო საჭიროებების კვლევების ანკეტები, მოხალისეებმა შეისწავლეს ინტერვიუს აღების ტექნიკები. პილოტური პროექტის ფარგლებში ქედაში მცხოვრებ 9 შპმ ხანდაზმულს გადაეცა გადასაადგილებელი ინვენტარი (ეტლები, ყავარჯნები, ხელჯოხები, ჭოჭინა), რის შედეგადაც ისინი ახერხებენ სახლიდან გამოსვლას და საზოგადოებასთან ურთიერთობას. ასევე, მათ გადაეცათ „განგაშის შეტყობინების სამაჯური“ – რომელსაც ხანდაზმულები იყენებდნენ სასწრაფო დახმარების დროულად გამოძახებისთვის. პროექტი ასევე გულისხმობდა ხანდაზმულების ინფორმირებას მათი უფლებების შესახებ – დაიბეჭდა და გავრცელდა საინფორმაციო ბუკლეტები, რომელიც შეიცავდა ინფორმაციას პილოტური პროექტის შესახებ, ინფორმაციას საყოველთაო დაზღვევის, სახელმწიფო და ადგილობრივი სოციალური პროგრამების, მთის კანონის (და ასევე არსებულში შესული ცვლილებების), ქონებრივი დავისა და მემკვიდრეობის გადაცემის სამართლებრივი საკითხების შესახებ. საინფორმაციო ბუკლეტები მოხალისეებმა გაავრცელეს ხანდაზმულებთან. შინმოვლის სერვისი ასევე გულისხმობდა ბინაზე შესაკეთებელი სამუშაოებს. სარემონტო სამუშაოებს ასრულებდა ორი მოხალისე, რომლებიც სათანადოდ იყვნენ აღჭურვილნი და მომზადებულნი. გარდა ამისა, მოხალისეთა ბინაზე ვიზიტები გულისხმობდა სახლის დალაგებას (საჭიროების შემთხვევაში), პროდუქტებისა და მედიკამენტების შეძენას, საჭირო ინფორმაციის მიწოდებას, გასეირნებას და სხვა. აღსანიშნავია, რომ პროექტში ჩართულმა მოხალისეებმა გაიარეს სათანადო მომზადება ხანდაზმულებთან კომუნიკაციის უნარების ასამაღლებლად. პილოტური პროექტის შედეგები გაანალიზებული და გაზიარებული იყო პროექტის პარტნიორებს შორის. პროექტის მიმდინარეობა რეგულარულად შუქდებოდა მასმედიით. 2018 წლიდან მომსახურების ძირითადი განმახორციელებელია ქედის მუნიციპალიტეტი. პროგრამის ბიუჯეტი 16 460 ლარი, მათ შორის მერია ფარავს 12 660 ლარს. ამ ეტაპზე, პროგრამაში ჩართულია 10 ბენეფიციარი – მომსახურება გულისხმობს კვირაში ორჯერ მოხალისეთა ვიზიტს ბენეფიციარის ბინაზე, მათი საჭიროებების მიხედვით დახმარების განევას (მედიკამენტებისა და პროდუქტების შექმნა, ექთნისა და სანტექნიკოსის მომსახურება, სიახლეების მიწოდება, დღესასწაულების აღნიშვნა და ა.შ). ქედის მუნიციპალიტეტი და „დახმარების ეროვნული ფონდი“ აგრძელებენ თანამშრომლობას პროგრამის სამომავლო განვითარებისთვის, იგეგმება ავტომობილის შექმნა, სადაც დამონტაჟებული იქნება სარეცხი მანქანა – ამ სერვისით ბენეფიციარებს საშუალება ეძლევათ მოავარონ ჰიგიენური საკითხები. ასევე, ქედის მერია გეგმავს ხანდაზმულებისთვის 50 ლარიანი დანამატის შემოღებას ჰიგიენური საშუალებების შესაძენად.

გამოყენებული ლიტერატურა

- Adler,R.J., & Goggin,J. (2005). What do we mean by “civic engagement”? *Journal of Transformative Education*, 3, 236-253
- Ageing in Displacement. Johns Hopkins Bloomberg school of Public Health & Institute for Policy Studies, April 2012
- Bandura, A., Taylor,C. B., Williams, S. L., Mefford, I. N., & Barchas, J. D. (1985). Catecholamine secretion as a function of perceived coping self-efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(3), 406-414.
- Bass,S.A., & Caro, F.G. (2001). Productive aging: A conceptual framework. In N. Morrow-Howell, J. Hinterlong, & M. Sherraden (Eds.), *Productive aging: Concepts and challenges* (pp. 37-80). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Berkman, L. F., Buxton, O., Ertel, K., & Okechukwu, C. (2010). Managers’ practices related to work-family balance predict employee cardiovascular risk and sleep duration in extended care settings. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15(3), 316-329.
- Cartensen, L.L.. (1991). Selection Theory: Social Activity Context. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 11, 195-217
- Cumming, E & Henry, W.E. (1961). Growing old: The process of disengagement. New York: Basic Books. R.J.Havighurst, R. J. (1961). Successful aging. *The Gerontologist*, 1, 8-13.
- Erikson, E.H. (1982). *The Life Cycle Completed*. N.Y. WW. Norton and Company
- Fisher, C.L & Rocoatiatre Th. (2017). Interpersonal Communication across the life-span. Oxford University Encyclopedia. On line publication February 2017 DOI:10 1093/acrefore/
- Fowler, & Fisher,C.L. (2014). Communication in Intergenerational Families relationships. In L.Turner & R.West (Eds). *Handbook of Family Communication*. Thousands Oaks:Sage
- Freund,A.M., & P.B.Baltes, P.B. (1998). Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: Correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging*, 13, 531-543.
- GEOSTAT (2019). Last accessed in December, 20, 2019
- Hartman,M., A.Catlin,A., Lassman,D., Cylusi. J.,& Heffer,S. (2007). US health Spending by Age, Selected Years through 2004. *Health Affairs* 27 (1) W1-W12
- Havighurst, Neugarten & Tobin (1968). ციტირებულია Straub, R (2019). *Health Psychology*, 6th ed. Macmillan .მიხედვით.
- Johnson, K.J., & Mutchler,J.E. (2014). The emergence of a positive gerontology: From disengagement to social involvement. *The Gerontologist*, vol.54, issue 1, 93-100.
- Lyness,J.M., .Noel,T.K. Cox,C., King,D.A., & Caine,Ed. (1997). Screening for depression in elderly primary Care Patients. *Archives International Medicine* 157 (4) 449-454. (
- Maddox, G.L. (1965). Fact and artifact: Evidence bearing on disengagement theory from the Duke Geriatrics Project. *Human Development*, 8, 117-130.
- Maslow, A. (1962). *Towards a Psychology of Being*. NY:Van Nostrand.
- Neugarten, B. J. (1972). Personality and the aging process. *The Gerontologist*, 12, 9-15.
- Nussbaum,J.F. & Fisher, C.L. (2011). Successful Aging and communication wellness :Understanding aging as a process of transition and continuity. In Y. Matsumoto (ED). *Faces of aging :The lived Experience of elderly in Japan*. P.263-272. Palo Alto: Ca. Stanford University Press.
- O’Donnell, K., Brydon, L., Wright, C. E., & Steptoe, A. (2008). Self-esteem levels and cardiovascular and immunity responses to acute stress. *Brain, Behavior, and Immunity*, 22(8),1241-1247.
- Pennebaker, J. W. (1995). Emotion, disclosure, and health: An overview. In J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health*. Washington, DC: American Psychological Association, pp. 3-10.
- Rowe, J.W., & Kahn, R.L. (1998). *Successful aging*. New York: Pantheon.
- Sarason,I.G., Sarason,B.R., Shearin, E.N., & Pierce,G.R, . (1987). A Brief Measure of Social Support: Practical and Theoretical Implications. *Journal of Social and Personal Relationships*. 4 (4), 497-510.
- Sumbadze, N . (1999). *Social web: Friendships of adult men and women*. Leiden University: DSWO Press.

United Nations (2002) Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Aging

United Nations (2015) Transforming our World : The 2030 Agenda for Sustainable Development , A/RES/70/1

https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E

United Nations (2019) World Population Prospects, Vo (1), United Nations, New York

WHO (2017). Global Strategy and Action Plan on ageing and Health.

გაეროს ბავშვთა ფონდი (2018) მოსახლეობის კეთილდღეობის კვლევა 2017: მოკლე მიმოხილვა

დე ბრუნი, ბ. და ქიტანავა, მ (2017). მოსახლეობის დაბერება და ხანდაზმულობა საქართველოში

საქართველოს მთავრობა (2019) განკარგულება N 2238: მდგრადი განვითარების მიზნების ეროვნული დოკუმენტის თაობაზე

საქართველოს მთავრობა (2019) დადგენილება N 662: საქართველოს შრომისა და დასაქმების პოლიტიკის 2019-2023 წლების ეროვნული სტრატეგიის დამტკიცების თაობაზე, საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე

<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4761408?publication=0>

საქართველოს პარლამენტი (2016) დადგენილება N 5146-II: საქართველოში მოსახლეობის დაბერების საკითხზე სახელმწიფო პოლიტიკის კონცეფცია, საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე

<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3331420?publication=0>

საქართველოს პარლამენტი (2016) დადგენილება N 5586-II: საქართველოს დემოგრაფიული უსაფრთხოების კონცეფცია, საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე

<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3331420?publication=0>

საქართველოს პარლამენტი (2016) საქართველოში შრომისა და სოციალური დაცვის სფეროების განვითარების ხედვა 2030 წლისთვის

სტატისტიკის ეროვნული სამსახური (საქსტატი) (2016) მოსახლეობის 2014 წლის საყოველთაო აღწერის ძირითადი შედეგები

დანართები

დანართი №1

კითხვარი ინტერვიუსთვის

I. ინტერვიუს დეტალები

1.1	ადგილი (ქალაქი, რეგიონი)	
1.2	თარიღი	
1.3	ინტერვიუერი	
1.4	ინტერვიუს დაწყების დრო	

II. ზოგადი ინფორმაცია რესპონდენტის შესახებ

2.1	ხანდაზმულის სახელი, გვარი	
2.2	დაბადების წელი	
2.3	სქესი	1. მდედრობითი 2. მამრობითი
2.4	განათლება	1. დაწყებითი ან ნაკლები 2. საბაზისო 3. საშუალო 4. პროფესიული 5. უმაღლესი
2.5	ოჯახური მდგომარეობა	1. დაქორწინებული 2. განქორწინებული 3. ქვრივი 4. არასდროს ყოფილა ქორწინებაში
2.6	ოჯახის შემადგენლობა	1. ცხოვრობს მარტო 2. ცხოვრობს მეუღლესთან ერთად 3. ცხოვრობს მეუღლესთან/შვილებთან / შვილიშვილებთან ერთად 4. ცხოვრობს სხვა ნათესავებთან/მეგობრებთან ერთად 5. სხვა
2.7	რამდენი ადამიანი ცხოვრობს თქვენთან ერთად	
2.8	გაქვთ თუ არა საკუთარი ოთახი	1. დიახ 2. არა
2.9	არის თუ არა სველი წერტილი ბინაში/ეზოში, რომელსაც მხოლოდ მისი ოჯახი მოიხმარს	1. დიახ 2. არა
2.10	რესპონდენტის საცხოვრებელი პირობები (აფასებს ინტერვიუერი)	ძალიან ცუდი ცუდი საშუალო კარგი ძალიან კარგი
2.11	რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი საცხოვრებელი პირობებით	ძალიან უკმაყოფილო უკმაყოფილო არც უკმაყოფილო და არც კმაყოფილი კმაყოფილი ძალიან კმაყოფილი

2.12	როგორ შეაფასებდით თქვენი ოჯახის მატერიალურ მდგომარეობას (აფასების რესპონდენტი)	ძალიან ცუდი ცუდი საშუალო კარგი ძალიან კარგი
2.13	აქვს თუ არა ოჯახს სოციალურად დაუცველის სტატუსი	დიახ 2. არა
2.14	გაქვთ თუ არა შშმ პირის სტატუსი	დიახ 2. არა

III. ინფორმაცია რესპონდენტის ძირითადი შეზღუდვის შესახებ

3.1	მხედველობის სირთულეები,	დიახ 2. არა
3.2	სმენის სირთულეები	დიახ 2. არა
3.3	გადაადგილების სირთულეები	დიახ 2. არა
3.4	მეხსიერებისა და კონცენტრაციის სირთულეები	დიახ 2. არა
3.5	აღნიშნულიდან, რომელია თქვენთვის ყველაზე მნიშვნელოვანი სოციალური ფუნქციონირების შეზღუდვისას	1. მხედველობის სირთულეები 2. სმენის სირთულეები 3. გადაადგილების სირთულეები 4. მეხსიერებისა და კონცენტრაციის სირთულეები

IV. ინფორმაცია რესპონდენტის ფუნქციონალური მდგომარეობის შესახებ

გთხოვთ უპასუხოთ კითხვებს, შეგიძლიათ თუ არა:

4.1	დამოუკიდებლად ბანაობა	1. დიახ 2. არა
4.2	დამოუკიდებლად ჩაცმა	1. დიახ 2. არა
4.3	ტუალეტით დამოუკიდებლად სარგებლობა	1. დიახ 2. არა
4.4	სანოლიდან დამოუკიდებლად ადგომა და დანოლა	1. დიახ 2. არა
4.5	საკვების დამოუკიდებლად მიღება	1. დიახ 2. არა
4.6	შარდისა და კუჭის მოქმედების შეკავება	1. დიახ 2. არა
4.7	დამოუკიდებლად გადაადგილება	1. დიახ 2. არა
4.8	დამოუკიდებლად კიბეზე ასვლა/ჩასვლა	1. დიახ 2. არა

V. ინფორმაცია რესპონდენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ

5.1	როგორ შეაფასებდით თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობას	1. ძალიან ცუდი 2. ცუდი 3. საშუალო 4. კარგი 5. ძალიან კარგი
5.2	გქონიათ თუ არა ექიმთან კონტაქტი ბოლო 6 თვის განმავლობაში	1. დიახ 2. არა
5.3	ლებულობთ თუ არა ექიმის მიერ დანიშნულ მედიკამენტებს	1. ყოველთვის 2. ხშირად 3. იშვიათად 4. არასდროს

VI. ინფორმაცია რესპონდენტის ჩართულობაზე სახელმწიფო, ადგილობრივი მთავრობის ან სხვა ორგანიზაციების მიერ დაფინანსებულ პროგრამაში/ მომსახურებაში ბოლო 2 წლის განმავლობაში

დაგვისახელეთ ან აღწერეთ ჯანმრთელობასა ან სოციალურ მდგომარეობასთან დაკავშირებული პროგრამა/მომსახურება, რომელშიც ჩართული იყავით/ხართ 2018 წლიდან (მაგ. შინ მოვლა, დღის ცენტრი, სმენის აპარატი, წნევის აპარატი, შინ ცხელი სადლის მიტანა და სხვა) – საყოველთაო დაზღვევის გარდა

	პროგრამის / მომსახურება (დასახელება ან აღწერა)	საიდან გაი-გო პროგრამის შესახებ	დამფინანსებელი	რამდენად კმაყოფილი დარჩა მომსახურებით
6.1				1. ძალიან კმაყოფილი 2. კმაყოფილი 3. არც კმაყოფილო და არც უკმაყოფილო 4. უკმაყოფილო 5. ძალიან უკმაყოფილო
6.2				1. ძალიან კმაყოფილი 2. კმაყოფილი 3. არც კმაყოფილო და არც უკმაყოფილო 4. უკმაყოფილო 5. ძალიან უკმაყოფილო

6.3			<ol style="list-style-type: none"> 1. ძალიან კმაყოფილი 2. კმაყოფილი 3. არც კმაყოფილო და არც უკმაყოფილო 4. უკმაყოფილო 5. ძალიან უკმაყოფილო
6.4			<ol style="list-style-type: none"> 1. ძალიან კმაყოფილი 2. კმაყოფილი 3. არც კმაყოფილო და არც უკმაყოფილო 4. უკმაყოფილო 5. ძალიან უკმაყოფილო
6.5	<p>ჯანმრთელობასა და სოციალურ ზრუნვასთან დაკავშირებით, რა სახის დახმარება იქნებოდა თქვენთვის ყველაზე სასარგებლო ინტერვიუერს: დაწერეთ რესპონდენტის პასუხი</p>		

VII. ეკონომიკური მდგომარეობა

	მათ, ვისთან ერთადაც თქვენ ცხოვრობთ, თუ აქვთ შემოსავალი ქვემოთ ჩამოთვლილი წყაროებიდან	
7.1	შემოსავალი რეგულარული სამუშაოდან	1. დიახ 2. არა
7.2	შემოსავალი საკუთარი ბიზნესიდან ან წილი ბიზნესიდან	1. დიახ 2. არა
7.3	შემოსავალი მიწის, ბინის ან სხვა საკუთრების გაქირავებიდან	1. დიახ 2. არა
7.4	შემოსავალი საკუთარი წარმოების სასოფლო სამეურნეო პროდუქტების გაყიდვიდან	1. დიახ 2. არა
7.5	დევენილთა შემწეობა	1. დიახ 2. არა
7.6	ასაკის, ვეტერანთა, შშმ პენსია ან სტიპენდია	1. დიახ 2. არა
7.7	სოციალური დახმარება	დიახ 2. არა
7.8	რეგულარული დახმარება ნათესავებისგან ან ახლობლებისგან	დიახ 2. არა
7.9	სხვა მიუთითეთ	
	პირადად თქვენ თუ გაქვთ შემოსავალი ქვემოთ ჩამოთვლილი წყაროებიდან	
7.10	შემოსავალი რეგულარული სამუშაოდან	1. დიახ 2. არა
7.11	შემოსავალი საკუთარი ბიზნესიდან ან წილი ბიზნესიდან	დიახ 2. არა
7.12	შემოსავალი მიწის, ბინის ან სხვა საკუთრების გაქირავებიდან	1. დიახ 2. არა
7.13	შემოსავალი საკუთარი წარმოების სასოფლო სამეურნეო პროდუქტების გაყიდვიდან	1. დიახ 2. არა
7.14	დევენილთა შემწეობა	1. დიახ 2. არა
7.15	ასაკის, ვეტერანთა, შშმ პენსია ან სტიპენდია	დიახ 2. არა
7.16	სოციალური დახმარება	1. დიახ 2. არა
7.17	რეგულარული დახმარება ნათესავებისგან ან ახლობლებისგან	1. დიახ 2. არა

7.18	სხვა მიუთითეთ	
7.19	გაქვთ თუ არა სურვილი რამეს აკეთებდეთ შემოსავლის მიღების მიზნით? დადებითი პასუხის შემთხვევაში დააკონკრეტეთ	არა დიახ, მაგრამ ფიზიკურად არ შემიძლია დიახ

VIII. სოციალური ინკლუზია

საჭიროების შემთხვევაში, ვის მიმართავთ დახმარებისთვის (პასუხობს მხოლოდ ხანდაზმული; თუ არ შეუძლია პასუხის გაცემა, აღნიშნეთ, რომ ვერ პასუხობს. მომვლელის აზრი არ გვაინტერესებს)

	კითხვები	სახელი	ვინ არის ეს პირი თქვენთვის 1. ოჯახის წევრი (მეუღლე, შვილი, და-ძმა, რძალი, სიძე, შვილიშვილი, შვილთაშვილი) 2. ნათესავი 3. მეგობარი 4. მეზობელი 5. სხვა
8.1	ის ადამიანები, ვისაც მიმართავთ სახლში საოჯახო საქმეებში დასახმარებლად	1 2 3 4. არავის მივმართავ	
8.2	ის ადამიანები, ვისაც მიმართავთ დახმარებისთვის ჯანრმთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების შემთხვევაში	1 2 3 4 არავის მივმართავ	
8.3	ის ადამიანები, ვისაც უზიარებთ თქვენს საზრუნავებსა და პრობლემებს	1 2 3 4 არავის ვუზიარებ	
8.4	ის ადამიანები, ვისაც მიმართავთ საყიდლების გასაკეთებლად საოჯახო მოხმარებისთვის	1 2 3 4 არავის მივმართავ	

გთხოვთ გვიპასუხოთ (პასუხობს მხოლოდ ხანდაზმული)

		რაოდენობა
8.5	გასული 7 დღის განმავლობაში, თქვენი ოჯახის წევრებიდან (ვისთან ერთადაც არ ცხოვრობთ) რამდენი ნახეთ, ელაპარაკეთ ტელეფონით ან დაუკავშირდით კომპიუტერით (ფეისბუქი, ელფოტსა და სხვა)	
8.6	გასული 7 დღის განმავლობაში, რამდენი ნათესავი ნახეთ, ელაპარაკეთ ტელეფონით ან დაუკავშირდით კომპიუტერით (ფეისბუქი, ელფოტსა და სხვა)	
8.7	გასული 7 დღის განმავლობაში, რამდენი მეზობელი ნახეთ, ელაპარაკეთ ტელეფონით ან დაუკავშირდით კომპიუტერით (ფეისბუქი, ელფოტსა და სხვა)	

8.8	გასული 7 დღის განმავლობაში, რამდენი მეგობარი ნახეთ, ელაპარაკეთ ტელეფონით ან დაუკავშირდით კომპიუტერით (ფეისიბუქი, ელფოტსა და სხვა)	
8.9	გასული 7 დღის განმავლობაში, მრევლის /რელიგიური ჯგუფის რამდენი წევრი ნახეთ, ელაპარაკეთ ტელეფონით ან დაუკავშირდით კომპიუტერით (ფეისიბუქი, ელფოტსა და სხვა)	
	არ ვარ მრევლის წევრი / რელიგიური ჯგუფის წევრი	

IX. ჯანმრთელი ცხოვრების წესი და ზოგადი კეთილდღეობა

გთხოვთ გვიპასუხოთ , (პასუხობს მხოლოდ ხანდაზმული)

9.1	მოიხმართ თუ არა ალკოჰოლს	თითქმის არა ძალიან იშვიათად საშუალო სიხშირით ხშირად ძალიან ხშირად
	ენევით თუ არა სიგარეტს	1. დიახ 2. არა
9.3	ვარჯიშობთ ან ფიზიკურად თუ მუშაობთ ეზოში/ნაკვეთში	თითქმის არა ძალიან იშვიათად საშუალო სიხშირით ხშირად ძალიან ხშირად
9.4	შეიძლება ითქვას, რომ ჯანმრთელად იკვებებით	დიახ მეტწილად არა
9.5	თქვენი აზრით, ძირითადად ვის აკისრია პასუხისმგებლობა თქვენს ჯანმრთელობაზე	თქვენ თქვენს ოჯახს და ახლებლებს სახელმწიფოს
9.6	რას უფრო ელით	თქვენს ცხოვრებაში ყველაფერი ისე წავა როგორც თქვენ ელით თუ ის,რაც თქვენ გსურთ, უფრო არ მოხდება
9.7	რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ცხოვრებით	ძალიან კმაყოფილი ვარ კმაყოფილი ვარ არც კმაყოფილი ვარ და არც უკმაყოფილო უკმაყოფილო ვარ ძალიან უკმაყოფილო ვარ

X. დებრესიის სკალა

(პასუხობს მხოლოდ ხანდაზმული)

	კითხვა	დიახ	არა
10.1	შეიძლება ითქვას, რომ ძირითადად კმაყოფილი ხართ ცხოვრებით?		
10.2	ალარ აკეთებთ ბევრ რამეს, რასაც ადრე აკეთებდით და ბევრი რამის მიმართ ინტერესისც დაგეკარგათ?		
10.3	გაქვთ ისეთი შეგრძნება, რომ თქვენ ცხოვრებას აზრი არ აქვს?		
10.4	ხშირად გაქვთ შეგრძნება, რომ ყველაფერი მოგბეზრდათ?		
10.5	ხშირად ხართ კარგ ხასიათზე ?		
10.6	შიშობთ, რომ რაიმე უსიამოვნო დაგემართებათ?		
10.7	ხშირად გრძნობთ თავს ბედნიერად?		
10.8	ხშირად გრძნობთ თავს უსუსურად?		
10.9	ხშირად ამჯობინებთ სახლში დარჩეთ, ვიდრე გარეთ გახვიდეთ და რაიმე ახალი გააკეთოთ?		
10.10	ფიქრობთ, რომ თქვენი მეხსიერება სხვების მეხსიერებაზე უარესია?		
10.11	ფიქრობთ, რომ ცხოვრება საამურიანა?		
10.12	გაქვთ შეგრძნება, რომ არ ხართ ღირებული პიროვნება?		
10.13	გრძნობთ, რომ აღსავსე ხართ ენერჯით?		
10.14	ფიქრობთ, რომ თქვენი მდგომარეობა უიმედოა?		
10.15	ფიქრობთ, რომ სხვები თქვენზე უკეთ არიან ეკონომიკურად უზრუნველყოფილი		

ღია კითხვები

გვინტერესებს მხოლოდ რესპონდენტის პასუხი. თუ ვერ პასუხობს აღნიშნეთ რომ ვერ პასუხობს

- 11.1. როგორ შეაფასებდით თქვენი, როგორც ხანდაზმულისა და პენსიონერის ცხოვრებას? რის დეფიციტს განიცდით ყველაზე მეტად (ეკონომიკური, ყურდღება, სოციალური ურთიერთობები, სამუშაოს)
- 11.2. რამდენად ჩართული ხართ ქვეყანაში მიმდინარე სოციალურ და პოლიტიკურ პროცესებში? რაში გამოიხატება ჩართულობა (უყურებთ ახალ ამბებს, კითხულობთ გაზეთებს, მსჯელობთ ოჯახის წევრებთან, ახლობლებთან)
- 11.3. რამდენად ეთანხმებით გამოთქმას „სწავლა სიბერემდეა“ – პირადად თქვენ, თუ ისურვებდით რაიმე ახლის სწავლას, კეთებას?
- 11.4. როგორ ფიქრობთ, რა უნდა გაკეთდეს იმისთვის, რომ ხანდაზმულებმა უკეთ იცხოვრონ?
- 11.5. ზოგადად, როგორ შეაფასებდით სიბერეს?

კითხვებს პასუხობდა: 1. ხანდაზმული 2. მზრუნველი 3. ორივე ინტერვიუს დასრულების დრო:

კითხვარი მუნიციპალიტეტებისთვის

პროგრამები და მომსახურებები ხანდაზმულებისთვის

1. მუნიციპალიტეტის დასახელება:
2. ადგილობრივი მთავრობის მიერ სრულად დაფინანსებული პროგრამები / მომსახურებები, რომელიც განკუთვნილია სპეციფიკურად ადგილობრივი ხანდაზმული მოსახლეობისთვის (თუ სახეზეა ერთზე მეტი პროგრამა / მომსახურება, გთხოვთ ცხრილი გაამრავლოთ და შეავასოთ თითოთოეულ არსებულ პროგრამაზე / მომსახურებაზე)

1	პროგრამის / მომსახურების დასახელება	
2	პროგრამის/მომსახურების აქტივობების აღწერა	
3	პროგრამის/მომსახურების პერიოდულობა	
4	მიენოდება ინდივიდუალურად თუ ჯგუფურად	
5	რომელი წლიდან მოქმედებს	
6	მომსახურების მიმწოდებელი/მიმწოდებლები	
7	ბენეფიციარების შერჩევის კრიტერიუმები	
8	რამდენ ბენეფიციარს ემსახურება ამჟამად	
9	რამდენ ბენეფიციარზეა გათვალისწინებული (ბენეფიციარების მაქსიმალური რაოდენობა , რომელთა ჩართვაც არის შესაძლებელი)	
10	პროგრამის ყოველწლიური ბიუჯეტი	
11	რა მექანიზმებით ხდება პროგრამის მონიტორინგი	
12	პროგრამის / მომსახურების განხორციელებასთან დაკავშირებული ძირითადი პრობლემები	
13	პროგრამის / მომსახურების გაუმჯობესების გზები	
14	პროგრამაზე / მომსახურებაზე პასუხისმგებელი პირი: სახელი, გვარი, თანამდებობა, ტელეფონი, ელ-ფოსტა	

3. ადგილობრივი მთავრობის მიერ **თანადაფინანსებული** პროგრამები / მომსახურებები, რომელიც განკუთვნილია **სპეციფიკურად** ადგილობრივი ხანდაზმული მოსახლეობისთვის (თუ სახეზეა ერთზე მეტი პროგრამა/მომსახურება, რომელიც ადგილობრივი მთავრობის თანადაფინანსებით ხორციელდება, გთხოვთ ცხრილი გაამრავლოთ და შეავასოთ თითოეულ არსებულ პროგრამაზე / მომსახურებაზე).

1	პროგრამის / მომსახურების დასახელება	
2	პროგრამის/მომსახურების აქტივობების აღწერა	
3	პროგრამის/მომსახურების პერიოდულობა	
4	მიენოდება ინდივიდუალურად თუ ჯგუფურად	
5	რას გულისხმობს ადგილობრივი მთავრობის თანადაფინანსება (მაგალითად, ფარავს მომსახურების ელექტრონერგიის გადასახადს ან ტრანსპორტირებას და ა.შ ან ადგილობრივი მთავრობის ბალანსზე არსებულ შენობით სარგებლობს, ემსახურება ტრანსპორტით და სხვა)	
6	პროგრამის/მომსახურების ძირითადი დამფინანსებელი	
7	რომელი წლიდან მოქმედებს პროგრამა / მომსახურება	
8	რომელი წლიდან მოქმედებს ადგილობრივი მთავრობის თანადაფინანსება	
9	მომსახურების მიმწოდებელი/მიმწოდებლები	
10	ბენეფიციარების შერჩევის კრიტერიუმები	

11	რამდენ ბენეფიციარს ემსახურება ამჟამად	
12	ადგილობრივი მთავრობის მიერ განუხლები თანადაფინანსების ოდენობა	
13	პროგრამის/მომსახურების განხორციელებასთან დაკავშირებული ძირითადი პრობლემები	
14	პროგრამის/მომსახურების გაუმჯობესების გზები	
15	პროგრამის / მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციის საკონტაქტო პირი: სახელი, გვარი, თანამდებობა, ტელეფონი, ელ-ფოსტა	

4. მოსახლეობისთვის ხელმისაწვდომი ადგილობრივი მთავრობის მიერ დაფინანსებული ჯანმრთელობასა და სოციალურ ზრუნვასთან დაკავშირებული პროგრამები/მომსახურებები, რომლითაც ასევე სარგებლობენ ხანდაზმულები (გთხოვთ, საჭიროების შემთხვევაში ცხრილში დაამატოთ ხაზები):

	პროგრამის /მომსახურების დასახელება	წლიური ბიუჯეტი	რამდენმა ხანდაზმულმა ისრგებლა 2018 წელს
1			
2			
3			
4			
5			

5. ადგილობრივი მთავრობა ხომ არ გეგმავს 2020 წლიდან, სპეციფიკურად ხანდაზმულებისთვის სრულიად ახალი პროგრამის / მომსახურების დანერგვას /თანადაფინანსებას? დადებითი პასუხის შემთხვევაში, გთხოვთ შეავსოთ ცხრილი (გთხოვთ, საჭიროების შემთხვევაში ცხრილში დაამატოთ ხაზები):

	ახალი პროგრამის აღწერა	წლიური ბიუჯეტი (დაახლოებით)	რამდენ ხანდაზმულზე იქნება გათვალისწინებული	როგორ მოხდა პროგრამის /მომსახურების საჭიროების გამოვლენა
1				
2				

მომზადდა და გამოიცა თსუ-ის გამომცემლობის მიერ
გამოცემაზე მუშაობდა მარიამ ებრალიძე

0179, თბილისი, ი. ჭავჭავაძის გამზირი 14
14, Ilia Tchavtchavadze Ave., Tbilisi 0179
Tel: +995 (32) 2250484, #6284; #6278
www.press.tsu.ge